



• • • • • • • • • • • • • • • • • •

Vihersaari, Maiju

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Lohja

Sydänpotilaan kokemus saamastaan ohjauksesta  
Vihdin ja Karkkilan alueella

Hanna Juutilainen  
Jenni Kaukojärvi  
Maiju Viheraari  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Syyskuu, 2010

Hanna Juutilainen, Jenni Kaukojärvi, Maiju Vihersaari

### Sydänpotilaan kokemus saamastaan ohjauksesta Vihdin ja Karkkilan alueella

Vuosi	2010	Sivumäärä	41
-------	------	-----------	----

Tämä opinnäytetyö on Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulun opiskelijoiden raportti Potilaan kokemukset Ennakoiva hoito ja tulevaisuus -hankkeesta. Hankkeen tarkoituksena oli kartoittaa sydänpotilaan hoitopolkua lost -alueella. Lohjan Sydänpolku -hanke, jossa kartoitettiin sydänpotilaan hoitopolkua ja sen tavoitteena oli löytää kehityskohteet hoitopolusta, kuuluu Ennakoiva hoito ja tulevaisuus hankkeeseen.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Vihdin ja Karkkilan sydänpotilaiden kokemusta saamastaan ohjauksesta. Molemmat hankkeet on toteutettu yhteistyössä paikallisten sydänyhdistysten kanssa. Tavoitteena oli tutkia, missä vaiheessa sairastumisprosessia potilas kykenee vastaanottamaan ohjausta. Selvitettiin, miten ohjaus tulisi toteuttaa, jotta saavutetaan mahdollisimman suuri hyöty ja kartoitettiin myös vastaajien tyytyväisyyttä hoitoon ja tiedonsaantiin hoitoprosessin eri vaiheissa.

Työn teoreettisessa osassa käsitellään sydänsairauksia, kriisiteoriaa, hoitoon sitoutumista, hoitopolkua ja potilasohjausta. Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä tutkimuksena. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, jossa oli monivalintakysymyksiä ja avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeita lähetettiin Vihdin ja Karkkilan Sydänyhdistysten jäsenille (N=75). Lähetetyistä lomakkeista palautui 35 prosenttia. Vastausmäärän jäätyä näin alhaiseksi, tutkimustuloksia ei voida yleistää.

Tutkimuksen tuloksista selvisi, että yleisin sydänsairaus oli sepelvaltimotauti. Henkilökunnan käytöstä potilaita kohtaan kritisoiitiin sekä kiitettiin. Erikoissairaanhoitoon oltiin eniten tyytyväisiä ja vähiten kiitosta sai perusterveydenhoito. Vastaajien mielestä tietoa saatiin tarpeeksi sairaalassa, mutta perusterveydenhuollossa tietoa saatiin huonommin. Erikoissairaanhoidossa saatuun ohjaukseen oltiin tyytyväisiä, kun taas perusterveydenhuollossa ohjausta ei saatu juuri lainkaan. Eniten ohjausta saatiin suullisesti lääkärin antamana. Kirjallisesti tietoa haluttiin saada epikriisistä, omahoito ohjeista ja lääkkeistä. Suurin osa vastaajista oli valmis vastaanottamaan ohjausta heti sairastuttuaan. Osa vastaajista oli valmis vastaanottamaan ohjausta kuukausi sairastumisen jälkeen. Jälkitarkastusta ja sen puutetta kritisoiitiin, vastaajilla oli tunne, että hoitojen jälkeen jää omilleen.

Asiasanat: sydänsairaudet, sydänpotilas, potilasohjaus, hoitopolku, hoitoon sitoutuminen.

Hanna Juutilainen, Jenni Kaukojärvi, Maiju Vihersaari

**Cardiac patients' experiences of guidance in Vihti and Karkkila area**

Year	2010	Pages	41
------	------	-------	----

This thesis is a report on Patients' Experiences section of Predictive Care and Future project, carried out by students from Laurea University of Applied Sciences Lohja campus. The purpose of the project is to survey the care of a heart patients in the lost area. The Lohja's Heart Path project, which surveys the care path of a heart patient and aims to find the development issues from the care path, is a part of the Predictive Care and Future project.

The purpose of this thesis is to chart how the heart patients in Vihti and Karkkila area experience the guidance they have received. Both projects were conducted in co-operation with the local heart associations. The objective was to study, at which phase of the disease the patient is capable to receive guidance. The thesis also defined how the guidance should be carried out in order to maximize the benefits. Also, the satisfaction of patients with the care and information sources during the care process was surveyed.

The theoretical part of the thesis discusses heart diseases, crisis theory, commitment to care, care path and patient guidance. The thesis was carried out as a quantitative study. The material was collected with a questionnaire that contained both multiple choice and open questions. The questionnaires were sent to the members of Vihti and Karkkila heart associations (N=75). 35 per cent of the questionnaires were returned. Since the response rate was so low, the results cannot be generalized.

The results revealed that the most common heart disease was the coronary artery disease. The behavior of the staff towards the patients was both commended and criticized. Special nursing was the most commended area and the basic health care the least commended. The respondents thought they received sufficient information in the hospital but in the basic health care the availability of information was inadequate. Within the special nursing, patients were satisfied with the guidance they received, but within the basic health care guidance was virtually non-existent. Most of the guidance was oral guidance given by the doctor. Information in written form was usually wanted about medical case summary, self care instructions and medication. Most of the respondents were ready to receive guidance immediately after they had fallen ill. Some of the respondents were ready to receive guidance a month after falling ill. The inadequacy of post-treatment check-up and its absence was criticized; the respondents had the feeling that they were on their own after the treatments.

Key words: heart diseases, cardiac patient, patient guidance, care path, commitment to care.

## Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Teoreettiset lähtökohdat .....	2
2.1	Sydänsairaudet.....	2
2.1.1	Verenpaine .....	2
2.1.2	Kolesteroli .....	3
2.1.3	Sepelvaltimotauti.....	4
2.1.4	Sydäninfarkti .....	4
2.1.5	Sydämen vajaatoiminta eli insuffisienssi.....	5
2.1.6	Läppäviat .....	6
2.2	Hoitopolku.....	6
2.3	Hoitoon sitoutuminen.....	7
2.3.1	Itsehoito .....	9
2.4	Potilasohjaus .....	10
2.4.1	Kriisiteoria.....	12
3	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet.....	13
4	Menetelmät .....	13
4.1	Määrällinen tutkimus .....	14
4.2	Kyselylomake.....	15
5	Tutkimuksen toteutus .....	15
5.1	Aineiston analysointi .....	16
5.2	Tutkimuksen etiikka .....	16
5.3	Aikataulu .....	17
6	Tulokset.....	17
6.1	Kyselyyn vastanneiden taustatiedot .....	17
6.2	Sydänsairauteen liittyvät kysymykset .....	19
6.3	Avoimet kysymykset .....	24
7	Johtopäätökset .....	25
7.1	Tutkimuksen luotettavuus.....	25
7.2	Tutkimustulosten tarkastelu.....	25
7.3	Johtopäätökset tutkimustuloksista .....	27
	Lähteet .....	29
	Liitteet.....	32
	Liite 1 Saatekirje .....	32
	Liite 2 Kyselylomake .....	33



## 1 Johdanto

Vuonna 2008 noin 40 prosenttia suomalaisten kuolemaan johtaneista syistä olivat verenkierto-sairauksien aiheuttamia. Suomen Sydänliiton tavoitteena on vähentää sydän- ja verisuonisairauksia niin, etteivät ne 20 vuoden kuluttua olisi enää merkittävä kansanterveydenongelma. (Sydänliitto 2009.)

Laurea-ammattikorkeakoulussa Lohjan paikallisyksikössä aloitettiin elokuussa vuonna 2008 Lohjan Sydänyhdistyksen kanssa yhteistyössä Sydänpolku-hanke. Hankkeessa kartoitettiin sydänpotilaan hoitopolkua. Vuonna 2009 keväällä valmistui Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjan paikallisyksikössä sairaanhoitajaopiskelijoiden tekemä raportti Hoitotavat potilasnäkökulmasta. Raportilla selvitettiin Lohjan sydänyhdistyksen jäsenien kokemuksia hoitopolusta. Syksyllä 2009 alkoi hanke, joka selvittää sydänpotilaan hoitopolkuun liittyviä asioita. Tämä opinnäyte-työ on osa hanketta ja sen tarkoituksena on kartoittaa Vihdin ja Karkkilan sydänpotilaiden saamaa ohjausta.

Tutkimus toteutettiin Vihdin ja Karkkilan sydänyhdistyksen jäsenille kyselylomakkeilla. Kyselylomakkeita lähetettiin 75 kappaletta ja vastauksia tuli takaisin 26 kappaletta. Vastausprosentti oli 35 prosenttia. Potilaan kokemusten perusteella selvitettiin missä vaiheessa sairastumisprosessia potilas kykenee vastaanottamaan ohjausta. Selvitettiin miten ohjaus tulisi toteuttaa, jotta saavutetaan mahdollisimman suuri hyöty. Tutkimuslomakkeen avulla kartoitettiin myös vastaajien tyytyväisyyttä hoitoon ja tiedonsaantiin hoitoprosessin eri vaiheissa.

## 2 Teoreettiset lähtökohdat

Tässä työssä tutkittiin sydänpotilaan hoitopolkua ja ohjauksen merkitystä. Tavoitteena oli selvittää, missä vaiheessa sairastumisprosessia potilas kykenee vastaanottamaan ohjausta, kuinka paljon sitä tulee antaa ja millä tavalla ohjaus tulisi toteuttaa. Keskeisiä käsitteitä ovat sydänsairaudet, potilaan hoitopolku, hoitoon sitoutuminen, itsehoito, potilasohjaus ja kriisi-teoria.

### 2.1 Sydänsairaudet

Sydänliiton ja lääkärikirja Duodecimin mukaan sydänsairauksia ovat sepelvaltimotauti, rytmihäiriöt, sydäninfarkti (sydänkohtaus), sydämen vajaatoiminta, pulmonaarihypertensio (keuhkoverenpainetauti), läppäviat, kardiomyopatia (sydänlihassairaus), alaraajojen valtimosairaudet, synnynnäiset sydänviat, metabolinen oireyhtymä (useiden sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden rypäs), endokardiitti (sydämen sisäkalvon tulehdus), sydänsarkoidoosi (sydämen tulehduksellinen sairaus) sekä muut sydänsairaudet. Lääkärikirja Duodecim lisää sydänsairauksiksi myös sydämen äkkipysähdyksen ja kuoleman, sekä myokardiitin (sydänlihastulehdus). Sydänsairaudet aiheuttavat muutoksia sydämen rakenteessa tai toiminnassa. Sydän on osa verenkiertoa ja näin ollen sydänsairauksien yhteydessä puhutaan myös verenkiertoelimistön sairauksista. Sydänsairaudet vaikuttavat verenkiertoon ja päinvastoin, kohonnut verenpaine vahingoittaa valtimoita ja aiheuttaa sydäninfarkteja. Sydänsairauksia on synnynnäisiä sekä hankittuja, joista hankittuihin vaikuttavat elintavat, kuten ravinto, liikunta, tulehdukset ja lääkitys. (Mäkijärvi 2008, 7-17; Sydänliitto 2009; Terveyskirjasto 2010.)

#### 2.1.1 Verenpaine

Verenpaineella tarkoitetaan veren aiheuttamaa painetta verisuonistossa. Verenpaine koostuu systolisesta ja diastolisesta paineesta. Systolinen paine syntyy sydämen lyönnin aiheuttamasta paineaallosta, jonka voimakkuus riippuu sydämen lyöntitehosta ja valtimoiden seinämän kimmoisuudesta. Diastolinen paine on lyöntien välillä vallitseva lepopaine, jonka korkeus johtuu suonivastuksesta ja verimäärästä. (Vauhkonen & Holmström 2005.)

Korkeasta verenpaineesta eli hypertensiosta puhutaan kun verenpaine on yli 140/85 mmHg. Munuaissairauksien, diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien yhteydessä verenpaineen tulisi olla alle 130/80 mmHg. Korkea verenpaine aiheuttaa sydän- ja verisuonisairauksien riskiä ja lisää kuolleisuutta. Erityisesti korkea verenpaine rasittaa suonistoa, verenkierron säätelyyn osallistuvia elimiä ja kudoksia jotka tarvitsevat runsaasti verta. Elimet ja kudokset jotka kärsivät korkeasta verenpaineesta ovat munuaiset, sydän, aivot sekä valtimot. Verenpainetta nostavia tekijöitä ovat geneettiset syyt ja elintavat. Korkeaa verenpainetta hoidetaan elintapojen muutoksella ja jos se ei riitä käytetään verenpainelääkitystä. Elintavat, jotka vaikutta-



vat alentavasti verenpaineeseen, ovat liikunnan lisääminen, suolan käytön vähentäminen, terveellinen ruokavalio, laihdutus, runsaan alkoholin käytön vähentäminen ja lakritsiuutteen käytön vähentäminen. Verenpainelääkityksenä käytetään beetasalpaajia, ACE-estäjiä, ATR-salpaajia, kalsiumkanavan salpaajia ja diureetteja. Usein käytetään yhdistelmälääkitystä edellä mainituista riippuen muista sairauksista ja korkean verenpaineen asteesta. (Vauhkonen & Holmström 2005; Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä, Parikka & Ylimäyry 2008; Käypä hoito -suositukset 2009a.)

### 2.1.2 Kolesterolit

Korkealla kolesterolilla eli dyslipidemialla tarkoitetaan seerumin suurentunutta kokonais- tai LDL-kolesterolitai triglyseridipitoisuus, pientä HDL-kolesterolipitoisuus tai näiden yhdistelmää. Suurentunut kolesteroliarvo lisää huomattavasti valtimotautien riskiä, sekä aivohalvaus ja sydäninfarkti riskiä. Hoidon tavoitteena on ateroskleroosin eli valtimonkivetustaudin ja kaikkien siitä johtuvien valtimotautien ehkäisy ja hoito. (Mustajoki 2009; Käypä hoito -suositukset 2009b .)

Pääasiallisena hoitona ovat terveelliset elämäntavat. Ensisijaisia hoidon kohteita ovat seerumin kokonaiskolesterolitai LDL-kolesterolipitoisuus. Kokonaiskolesterolin arvo tulisi olla alle 5mmol/l ja LDL-kolesterolin arvo alle 3 mmol/l. Jo todettu valtimosairaus tai tyypin 2 diabetes tiukentaa tavoitetta, jolloin kokonaiskolesterolin tulisi olla alle 4,5 mmol/l ja LDL-kolesterolitai alle 2,5.Dyslipidemioiden hoidon tärkein kohderyhmä on henkilöt, joilla on suuri riski sairastua valtimotautiin. Tähän ryhmään kuuluvat ne, joilla on sepelvaltimotauti, muu ateroskleroottinen valtimotauti, diabetes tai oireettomat henkilöt. Näitä ovat henkilöt, joilla on metabolinen oireyhtymä, seerumin hyvin suuri kolesterolipitoisuus tai valtimotautien sukuritus. (Mustajoki 2009; Käypä hoito -suositus 2009b.)

Lääkehoito tulee kyseeseen silloin, kun kokonaisriski on suuri eikä elämäntapamuutoksilla päästä hoitotavoitteisiin. Dyslipidemioiden lääkehoidossa käytetään eniten statiineita. Ne pienentävät veren LDL-kolesterolia 30-40 prosenttia. Lisäksi käytetään erikseen tai yhdessä statiinien kanssa nikotiinihappoa, fibraatteja ja resiineitä. Muita kolesterolia alentavia lääkkeitä ovat myös guargumi ja kalaöljy yhdistetynä statiinilääkitykseen. Lääkehoidon valintaan vaikuttavat seerumin LDL-kolesterolin, HDL-kolesterolin ja triglyseridien arvot. Lisäksi huomioidaan muu lääkitys ja allergiat. Hoidon seurannalla varmistetaan tavoitteiden toteutuminen ja hoitomotivaatio. Lisäksi on seurattava lääkehoidon mahdollisia haittavaikutuksia. Lipidipitoisuudet on syytä tarkistaa alkuun 1-2 kuukauden kuluttua lääkehoidon aloituksesta ja sen jälkeen tilanteen mukaan. Myöhemmin riittää yleensä noin vuoden seurantaväli. Lääkehoidossa keskeistä on saada annos sellaiseksi, että tavoitteet saavutetaan mahdollisimman hyvin. (Mustajoki 2009; Käypä hoito -suositus 2009b.)

### 2.1.3 Sepelvaltimotauti

Sepelvaltimotauti on tavallisimpia sairauksia Suomessa ja se on myös suomalaisten yli 65 vuotiaiden yleisin kuolinsyy. Verenkiertosairaudet aiheuttivat 40 prosenttia kaikista kuolemista vuonna 2008, josta sepelvaltimotautiin kuolleiden osuus oli 23 prosenttia. Sairauden ilmaantuvuus on laskenut 1970-luvun jälkeen. (Alkoholikuolemien määrä pysynyt ennallaan 2009; Vauhkonen & Holmström 2006.)

Sepelvaltimotaudilla tarkoitetaan sydänlihakseen verta tuovien suonten vaurioitumista, jolloin sydänlihas ei saa aina tarpeeksi happea. Sydänlihas tarvitsee sitä enemmän happea, mitä enemmän se joutuu tekemään töitä. Yleisin syy sepelvaltimoiden vaurioitumiseen on arterioskleroosi eli valtimonkovetustauti, jossa valtimoiden seinämiin muodostuu plakkia, joka tukkii suonet. Oireita ovat angina pectoris eli rasisusrintakipu, jolloin sydänlihas kärsii hapenpuutteesta ja tästä seuraa rintakipua. Kipu tuntuu ahdistavana ja puristavana kipuna rintakehän alueella ja saattaa säteillä käsivarsiin ja kaulalle. Oireet ilmenevät yleensä rasisuksessa, tällöin puhutaan stabiilista angina pectoriksesta. Epästabiilissa angina pectoriksessa kipu pahenee aikaisemmasta, on erilaista kuin ennen tai kipua esiintyy myös levossa. Tällöin on syytä mennä sairaalaan, jotteivät oireet pääse pahenemaan sydäninfarktiksi. Sepelvaltimotauti lyhentää potilaan elinennustetta ja huonontaa elämänlaatua. Kun sairaus todetaan varhaisessa vaiheessa ja hoito saadaan aloitettua pian, ehkäistään sillä äkkikuolemia sekä infarkteja. Sepelvaltimotaudin kehittymiseen vaikuttavat perimä, huonot elintavat, kuten tupakointi, ylipaino, diabetes ja ravinto. (Holmia, Murtonen, Myllymäki, & Valtonen 2004, 197; Vauhkonen & Holmström 2006, 46; Mäkijärvi ym. 2008, 241-256.) Tauti on vähentynyt työikäisten keskuudessa, mutta lisääntynyt vanhemman väestön kohdalla (Haarni & Alanko 2005).

Hoitona Sepelvaltimotaudille on elämäntapojen muutos ja oireiden vähentäminen. Infarkti-vaaraa vähennetään pienellä annoksella asetyylisalisyylihappoa (ASA) ja beetasalpaajilla vähennetään angina pectoris oireita. Asetyyilisalisyylihapo estää pieninä annoksina verihiutaleiden yhteenliittymistä ja verisuonitukosten muodostumista. Tämän vuoksi asetyylisalisyylihapo kuuluu aina sepelvaltimotautipotilaan peruslääkitykseen, jollei yliherkkyys tai haittavaikutukset ole esteenä sen käytölle. Beetasalpaajat pienentävät sydämen hapentarvetta pienentämällä sen supistuvuutta ja syketiheyttä. Myös erilaiset leikkaukset, kuten angioplastia (pallolaajennus), ohitusleikkaus, läppäleikkaus sekä muut sydänleikkaukset ovat hoitomuotoja sepelvaltimotaudissa. Toimenpiteiden jälkeen jatketaan elintapa- ja lääkehoitoa (Vauhkonen & Holmström 2006, 46-62; Nurminen 2006, 159,236; Mäkijärvi ym. 2008, 240-241.)

### 2.1.4 Sydäninfarkti

Sydäninfarktissa on kyse hapenpuutteen aiheuttamasta kuoliosta sydänlihaksessa. Sydäninfarktin vaaratekijöitä ovat muun muassa korkea ikä, miessukupuoli, diabetes, verenpainetauti

ja tupakointi. Diagnoosi perustuu EKG:ssä oleviin selviin sydäninfarktin merkkeihin, laboratoriotutkimuksiin (CK, ASAT, LD, TNT, TNI) sekä potilaan oireisiin. Hoitona on potilaan rauhoittaminen, kivun lievitys, muut lääkkeet kuten asetyylisalisyylihappo, beetasalpaajat ja nitraatti sekä liuotushoito. Ensisijaisena hoitona on liuotushoito, jolla pyritään ehkäisemään tukoksen syntyä. Se tulisi suositusten mukaan aloittaa viimeistään puolentoista tunnin kuluttua siitä, kun potilas on hälyttänyt apua ja se voidaan aloittaa jo ensihoidon toimesta. Liuotushoidosta ei ole hyötyä, jos vaurio on jo syntynyt. Nitraatit lievittävät sydänlihaksen veren ja hapen puutetta laajentamalla sydämen verisuonia. Niitä käytetään sydäninfarkti kohtausten akuuttihoidossa sekä kohtausten estolääkkeenä. Yleisimmät toimenpidevaihtoehdot ovat pallolaajennus tai sepelvaltimoiden ohitusleikkaus. Pallolaajennuksessa ahtautuneeseen kohtaan sepelvaltimossa uitetaan katetri, jonka päässä oleva pallo täytetään ja tämä laajentaa ahtaumakohtaa. Lisäksi ahtautuneeseen kohtaan voidaan asentaa tukiverkko eli stentti. Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksessa tukkeutunut suoni ohitetaan muualta otetulla suonella, esimerkiksi jalasta otetulla isolla iholaskimolla. (Vauhkonen & Holmström 2006, 46-62; Nurminen, 2006, 156; Holmia ym. 2004, 12-237; Sydäninfarkti 2009; Sydäninfarktin diagnostiikka 2009.)

#### 2.1.5 Sydämen vajaatoiminta eli insuffisienssi

Sydämen vajaatoiminta tarkoittaa sitä, ettei sydän jaksakaan pumpata kehon tarvetta vastaavaa määrää verta. Vajaatoiminta on seurausta jostakin muusta sairaudesta, kuten häiriintyneestä sepelvaltimovirtauksesta, sydämen rytmihäiriöistä, läppien huonosta toiminnasta, sydämen rakenneviasta, sydänlihaksen vauriosta, korkeasta verenpaineesta tai ulkoisista sydäntä rasittavista tekijöistä. Sydämen vajaatoiminta on yleisempää työikäisillä miehillä, mutta koska naiset elävät keskimäärin pidempään kuin miehet, on tauti varsinkin iäkkäiden naisten vaiva. Oireita ovat huono suorituskyky, turvotukset, hengenahdistus, painon nousu ja huono ruokahalu. Tämä johtuu nesteiden kertymisestä elimistön suuriin laskimoihin ja sisäelimiin. Potilailla on oireina myös pahoinvointia, oksentelua ja ummetusta. Sydämen vajaatoiminta voi olla akuuttia tai kroonista. Sydämen vajaatoimintaan sairastuneen elämänlaatu heikkenee. (Vauhkonen & Holmström 2006, 66-76; Holmia ym. 2004, 271-272; Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 248-256.)

Hoitona on ensisijaisesti todennäköisen syyn mahdollisimman hyvä hoito. Oireiden hoitona on kevyt liikunta, suolan käytön vähentäminen, tupakoinnin lopettaminen, terveellinen ravinto ja liiallisen nesteytyksen välttäminen. Lääkkeitä käytetään tarvittaessa turvotusten välttämiseksi. Pääasiallisesti käytetään nesteenpoistolääkkeitä eli diureetteja, ACE-estäjälääkkeitä ja beetasalpaajia. (Mustajoki 2009.)

### 2.1.6 Lämpäviat

Sydämessä on neljä läppää, aorttaläppä (vasen kammio-valtimoläppä), mitraaliläppä eli hiippaläppä (vasen eteis-kammioläppä), pulmonaaliläppä (oikea kammio-valtimoläppä) ja trikuspidaaliläppä (oikea eteis-kammioläppä). Mihin tahansa läppään saattaa tulla vaurio tulehduksen, kalkkeutumisen, tai muun sairauden seurauksena. Läpät voivat löystyä ja näin ollen vuotaa tai ahtautua. Yleisimmät läppäviat ovat aorttaläpän ahtauma ja hiippaläpän vuoto. Lämpärika diagnosoidaan sydänäänistä ja kaikukuvauksella eli echolla, mahdollisesti tehdään myös sydänkatetrointi. Löystynyt läppä lisää sydämen pumppaustarvetta, sillä verta valuu takaisin pumppaavaan kammioon tai eteiseen. Ahtautunut läppä aiheuttaa puristusvoiman kohoamista viallista läppää edeltävään kammioon. Paine erojen vuoksi sydämen seinämä paksuntuu. Hoitona on korjausleikkaus ja mahdollisesti keinoläppä. Mikäli keinoläppä on ei-biologinen, potilas tarvitsee loppuelämäkseen verenohennuslääkityksen. Muita hoitomuotoja ovat erilaiset lääkkeelliset hoidot, jotka vaikuttavat sydämen toimintaan. (Vauhkonen & Holmström 2006, 81-91; Iivanainen ym. 2006, 331-350.)

### 2.2 Hoitopolku

Hoitopolku eli palveluketju tarkoittaa organisaatorajoja rikkovaa palveluiden kokonaisuutta, jossa asiakas saa parasta mahdollista hoitoa. Asiakas etenee kotoa erilaisiin hoitoyksiköihin oireiden tai sairauden mukaan. Esimerkiksi asiakas menee korkean verenpaineen vuoksi terveyskeskukseen, josta hänelle kirjoitetaan lähete erikoissairaanhoidon lisätutkimuksiin. Lisäksi asiakas voi tarvita vuodeosastopalveluita, leikkauspalveluita tai mahdollisesti palvelut tuodaan hänelle kotiin. Eri yksiköiden välinen toiminta vaatii saumatonta yhteistyötä ja selkeitä linjoja ja kirjaamiskäytänteitä. Hoitopolun osaaminen ja varmistaminen yksilöllisesti mahdollistaa mahdollisimman hyvän hoidon ja varmistaa hoidon jatkumisen. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2009, 61-62.)

Potilaan halu osallistua omaan hoitoonsa tulisi tunnustaa ja hänelle tulisi tarjota osallistumismahdollisuus omaan hoitoonsa kertomalla sairaudesta ja sen hoidosta. Ohjausta tulisi antaa enemmän kotiutuessa ja kotonaolovaiheessa. Sisätauti ja sydäninfarktipotilaan hoidon laatua on tutkinut Taru Ruotsalainen (2006) ja hänen tutkimuksensa mukaan hoitoon pääsyssä, odotusajoissa ja lääkärin tapaamisessa kesti liian kauan ja heidät kotiutettiin liian nopeasti. Hoidon eteneminen sydäninfarktipotilaan kohdalla jaetaan karkeasti kolmeen osaan, joita ovat aika ennen infarktia, aika sairaalahoidossa, ja aika kotona sairaalahoidon jälkeen. Ennen hoitoon hakeutumista potilaat kokivat, ettei heitä kunnioitettu, tai ettei heidän oireitaan otettu todella. Sairaalassa ollessa potilaat kokivat puutteita ohjauksessa, heille ei kerrottu mitään tehdään ja miksi. He eivät myöskään kokeneet saavansa osallistua omaan hoitoonsa. Ohjausta sai jos osasi kysyä. Kotiin siirtymisessä monet kokivat, ettei heitä rohkaistu ja ohjattu tarpeeksi ja tiedon siirtymisessä jatkopaikkaan oli ongelmia. (Ruotsalainen 2006.)

Tarkemmin hoitoa voidaan pilkkoa aikaan kotona ennen sairastumista, pääsy hoitoon, sairaalaan saapuminen, kotiutus ja kotona oleminen sairaalassa olon jälkeen. Potilaat kokivat vaikeutta päästä hoitoon terveyskeskukseen pitkien odotusaikojen ja huonon diagnostiikan vuoksi. Osa kotiutettiin ja he joutuivat palaamaan terveyskeskukseen oireiden jatkuessa. Potilaiden tietojen siirtymisessä koettiin olevan ongelmaa ja sairaalassa lääkäri vaihtui liian usein. Kotiin meno ja kotona oleminen tuottivat paljon huolta ja pelkoa. Ongelmia syntyi kotona sosiaalisten etuuksien hakemisessa, lääkeshoidossa ja oman hoidon toteutuksessa liian vähäisten tietojen vuoksi. Ongelmia oli myös jälkitarkastuksessa ja kontrollien puutumisessa, itse joutui ottamaan paljon selvää asioista ja ohjeet olivat epäselviä. Potilaiden erilaisuus vaikuttaa myös suuresti heidän avun tarpeeseensa. Osa hakee apua tarvittaessa ja osaa kysyä oikeita asioita oikeaan aikaan. Ongelmaksi terveydenhuollon kannalta muodostavat ne potilasryhmät, jotka eivät hae helposti apua ja ne jotka tyytyvät siihen mitä saavat eivätkä osaa tai halua vaatia mitään. (Ruotsalainen 2006.)

Suomen sydänliitto on kerännyt aineistoa sepelvaltimotautiin sairastuneilta Elämää sepelvaltimotaudin kanssa -teokseen. Teoksessa haluttiin selvittää sepelvaltimotautia sairastavien hoitopolkua ja lisätä tietoutta sepelvaltimotaudista. Teokseen on liitetty Dosenttien Hannu Vanhasen ja Juha Mustosen kirjoittama teksti sepelvaltimotaudin hoidon kehityksestä. Siinä korostetaan omien elämäntapojen vaikutusta sairastumiseen. Terveystenhoidon kannalta teoksessa mainitaan ongelmina hoidon laadun vaihtelevuus alueittain Suomessa. Joka paikassa asiantuntevuus ei aina ole tarpeeksi laadukasta. Lisäksi kiire ja ohjauksen puute olivat ongelmana varsinkin äkillisen sairastumisen kohdalla. Teoksessa painotetaan myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön joustavuutta ja laadukkuutta, jotta voidaan taata potilaalle mahdollisimman ripeä hoitoon pääsy ja oikea diagnoosi. Potilaan hoitopolun tulisi olla mahdollisimman sujuva, jolloin oireiden alkaminen johtaa tutkimuksiin ja sitä kautta oikeaan diagnoosiin ja hoitoon. (Haarni & Alanko 2005.)

### 2.3 Hoitoon sitoutuminen

Vain noin 50 prosenttia potilaista hoitaa kroonista sairauttaan ohjeiden mukaisesti kehittyneissä maissa. Hoitoon sitoutuminen on tärkeää, sillä hoidon onnistuminen ja potilaan paraneminen tuo etuja sekä yhteiskunnalle että potilaalle itselleen. Kroonisten sairauksien hoito perustuu pääosin potilaan omahoitoon ja potilaan elämäntapojen muutoksiin. Hoitoon sitoutuminen on olennaista potilaiden hyvinvoinnille sillä hoito-ohjeiden noudattamatta jättäminen voi lisätä hoidon epäonnistumisen riskiä, aiheuttaa komplikaatioita, lisää terveydenhuollon kuluja sekä lisää potilaiden toimintakyvyttömyyttä ja ennen aikaista kuolemaa. (World Health Organisation 2003; Kyngäs & Hentinen 2009.)

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat monet eri tekijät: sosiaaliset ja taloudelliset tekijät, terveydenhuollon järjestelmiin liittyvät tekijät, sairauteen liittyvät tekijät, hoitoon liittyvät tekijät ja potilaaseen liittyvät tekijät. Sosiaalisilla ja taloudellisilla tekijöillä on huomattava vaikutus hoitoon sitoutumiseen. Hoitoon sitoutumista huonontavat huono sosioekonominen asema, köyhyys, vähäinen koulutus, työttömyys, tehokkaan sosiaalisen tukiverkoston puute, epävakaat elämänot, pitkät matkat hoitopaikkaan, kalliit matkakulut, kalliit lääkkeet, muuttuvat ympäristöolosuhteet sekä oman kulttuurin uskomukset taudista ja sen hoidosta. (World Health Organisation 2003; Kyngäs & Hentinen 2009.)

Terveys- ja hoitoon liittyviä negatiivisia tekijöitä ovat huonot lääkkeiden jakelujärjestelmät, pitkäaikaisia sairauksia hoitavien henkilöiden puutteelliset tiedot tai koulutus, terveydenhoitohenkilöiden liiallinen työmäärä, kannustimien ja palautteen puuttuminen, järjestelmän kyvyttömyys kouluttaa potilaita ja tarjota hoidon seurantaan, kyvyttömyys järjestää ympäristön tukea ja auttaa potilasta seuraamaan omaa hoitoaan sekä tiedon puute hoitoon sitoutumisen tärkeydestä. Positiivinen tekijä on hyvä potilas-lääkärisuhde, se voi parantaa hoitoon sitoutumista. Myös tietyt hoitajan ominaisuudet vaikuttavat potilaan hoitoon sitoutumiseen. Hoitajan olisi hyvä olla empaattinen, omata hyvät kommunikaatio- ja vuorovaikutustaidot sekä ei-tuomitseva asenne. Terveys- ja hoitoon ammattilaisten tulisi pystyä arvioimaan potilaan kykyä vastaanottaa ja noudattaa ohjeita, sillä hoito-ohjeita annetaan usein potilaalle, joka ei ole valmis vielä vastaanottamaan niitä. Potilaan edistymistä voitaisiin arvioida jokaisella tapaamiskerralla. (World Health Organisation 2003.)

Sairauteen liittyviä tekijöitä, jotka vaikuttavat negatiivisesti hoitoon sitoutumiseen ovat: oireiden voimakkuus, toimintaesteisyyden määrä, taudin vakavuus ja etenemisnopeus sekä tehokkaiden hoitojen saatavuus. Hoitoon liittyviä tekijöitä ovat hoidon monimutkaisuus, hoidon kesto, aikaisemmat hoidon epäonnistumiset, useasti tapahtuvat hoidon muutokset sekä haittavaikutukset. (World Health Organisation 2003.)

Potilaaseen liittyvät tekijät kuten motivaatio, uskomukset sairaudesta ja odotukset hoidon onnistumisesta vaikuttavat myös hoitoon sitoutumiseen. Potilaaseen liittyviä tekijöitä ovat myös huonomuistisuus, psykososiaalinen stressi, haittavaikutuksien pelko, riittämätön tieto ja kyky selviytyä taudin oireista ja hoidosta. Potilas voi kokea hoidon tarpeettomaksi tai tehottomaksi, hoidon tehoon voi kohdistua negatiivisia uskomuksia, tauti voidaan kieltää tai käsittää väärin. Potilas voi myös epäillä diagnoosia, kieltää tautiin liittyvät terveysriskit, väärinymmärtää hoito-ohjeet tai epäillä seurannan tarvetta. Lisäksi voi olla terveydenhuoltohenkilöstöön kohdistuvaa turhautumista, riippuvuuden pelkoa, lääkityksen monimutkaisuuden aiheuttamaa ahdistusta ja pelko taudin aiheuttamasta leimautumisesta. (World Health Organisation 2003; Kyngäs & Hentinen 2009.)

Verenpainetautipotilaiden hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät ovat usein lääkkeisiin liittyviä, kuten lääkkeen siedettävyyttä ja lääkehoidon monimutkaisuus. Hoitoa vaikeuttavia tekijöitä ovat lääkkeiden annostiheys, samanaikaisten lääkkeiden lukumäärä ja verenpainelääkkeiden vaihtaminen. Myös mitä kauemmin hoito kestää, sitä enemmän lääkehoitoon sitoutuneiden määrä laskee. Hoitoon sitoutumista lisääviä asioita ovat lääkärin neuvonta, perheen tuki lääkityksen ottamisessa ja ryhmätapaamiset sosiaalityöntekijän kanssa. Hoitomyöntyvyyttä on myös lisännyt lyhyet tapaamiset elintapaohjeita antavien hoitajien kanssa. (World Health Organisation 2003; Kyngäs & Hentinen 2009.)

Verenpainepotilas pystyy sitoutumaan hoitoonsa paremmin, kun hän ymmärtää, kuinka tärkeää on verenpaineen ympärivuotinen hallinta ja lääkkeiden järkevä käyttö. Kotona tapahtuva verenpaineen seuranta lisää huomattavasti potilaiden hoitomyöntyvyyttä. Potilasta tulisi opettaa mittaamaan ja seuraamaan verenpainettaan ja arvioimaan itse hoidon onnistumista aina kun se on mahdollista. Heidän tulee myös oppia, mitä tehdä jos lääke on jäänyt ottamatta, minkälaisia ovat haittavaikutukset ja mitä tulee tehdä, jos niitä ilmenee. Huono hoitoon sitoutuminen johtaa siihen, että tavoiteltua verenpaineen hoitotasoa ei tavoiteta. Potilaan hoitoon sitoutuminen olisi tärkeää, sillä verenpainetaudin hoito voi vähentää aivohalvauksen vaaraa 30-43 prosenttia ja sydäninfarktin vaaraa 15 prosenttia. Potilas voi helposti laiminlyödä verenpainetaudin hoidon, sillä tauti on oireeton, ja sen kesto on elinikäinen. (Viikari & Kovanen 2009; World Health Organisation 2003.)

Verenpainetautipotilaiden hoitotuloksiin vaikuttaa huomattavasti hoito-ohjeiden noudattaminen. Verenpainetautipotilaat joutuvat sitoutumaan pitkäaikaiseen lääkehoitoon ja elämäntapamuutoksiin, joten se vaatii käyttäytymisen muutosta. Lääkkeen ottaminen pitää oppia ja hyväksyä. Hoitoon sitoutumista parantaa potilaan palkitseminen, lääkehoidosta ja elämäntapamuutoksista muistuttaminen, sekä perheen tuki. (World Health Organisation 2003.)

### 2.3.1 Itsehoito

Itsehoito on harkittua toimintaa ja se sisältää hoidon suunnittelun, tavoitteiden asettamisen ja arvioinnin. Ihminen on oman kehonsa asiantuntija ja hän voi parhaiten tarkkailla fyysistä terveydentilaansa ja koettuja tuntemuksiaan. Ihminen voi itsehoitossaan pyrkiä suunnitelmallisesti ainakin jossain määrin muuttamaan elämäntapojaan ja elämäntilannettansa. Hän voi itsehoitossaan tehdä niitä valintoja, mitkä ovat hänen olemisensa kannalta edullisia. Ihmiselle on myös mahdollista asettaa itsehoitolleen yksilöllisiä tavoitteita ja valita ne hoitomuodot, joiden avulla hän ajattelee tavoitteet saavuttavansa. Jotta itsehoito olisi mahdollista, niin on oletettava, että ihminen on itseään ohjaava sekä vastuuta tunteva. Itsehoito voi häiriintyä jos ihminen ei tunne siihen tarvetta tai hän ei kykene suunnittelemaan ja organisoimaan itsehoitoaan. (Raatikainen 1986; Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009.)

Itsehoidon välineiksi hoitaja antaa potilaan tarvitsemaa tietoa sairaudesta, hoidon tavoitteista ja keinoista, jolla tavoitteisiin pääsee. Oman tilansa arvioimiseksi ihminen tarvitsee ulkopuolista yleispätevää tietoa, esimerkiksi kirjallisuudesta tai hoitoalan ammattilaiselta. Hoitaja kertoo mistä potilas voi myös itse etsiä luotettavaa tietoa. Potilas on hoitajan kanssa tasavertainen ja hoitaja neuvottelee hoidosta potilaan kanssa ja motivoi potilasta tavoitteisiin. Näin ollen potilas ei ole hoidon kohde, vaan aktiivinen osapuoli, joka kantaa myös oman vastuunsa hoidon onnistumisesta hoitohenkilökunnan häntä siinä tukien. Viime kädessä potilas päättää, noudattaako hän yhdessä sovittua hoitoratkaisua. Tavoitteena on, että potilas saa yksilöllisen hoitosuunnitelman, jota tämä pystyy toteuttamaan arjessa. Omahoidon tukemisessa pyritään valmentamaan potilaita saavuttamaan paras mahdollinen elämänlaatu, pitkäaikaissairaudesta huolimatta. (Raatikainen 1986; Routasalo ym. 2009; Saarelma, Lommi, Hemminki, Leppäkoski & Siefen 2008.)

Jotta potilas tuntisi hoidon omakseen, hänen pitäisi kokea se hyödyllisenä ja positiivisena kokemuksena. Silloin hän saa myös motivaation jatkaa hoitoa. Motivaatiota lisäävät myös tarkat ja selkeät hoito-ohjeet sekä vertaistuki. Vertaistukea voi saada esimerkiksi ryhmätöinnistä, jossa osallistuvilta edellytetään osallistumisen lisäksi sitoutumista tavoitteisiin, joiden toteutumista seurataan ryhmän aikana ja sen jälkeen. Itsehoitoa voidaan arvioida tavoitteiden asettamisen ja suunnitelman toteutumisen jälkeen. Itsehoidon vaikuttavuutta voitaisiin arvioida esimerkiksi miten hyvin potilas on hoitonsa avulla saanut pysymään poissa erilaiset taudin oireet. (Raatikainen 1986; Routasalo ym. 2009; Saarelma ym. 2008.)

Omaa hoitoa kotona edistäviä tekijöitä ovat sosiaaliset suhteet, tieto sairaudesta ja hoidosta, asiakkaasta lähtevä ohjaus, asenne, halu olla terve ja yhteys terveydenhuoltoon. Sydänpotilaan omahoito tarkoittaa elämäntapojen muuttamista, lääkehoidosta huolehtimista, lisätiedon hankintaa sairaudesta, paluu normaaliin elämään ja jälkitarkastuksissa käyntiä. Omaa hoitoa kotona estävät tekijät ovat tiedon puute, pelko tehdä jotain väärin, terveydenhuollon henkilökunnan puute, oma uskomus sairauden syistä, huono kunto, rajoitukset ja negatiiviset hoitokokemukset. (Ruotsalainen 2006.)

## 2.4 Potilasohjaus

Ohjaukseen liittyvät käsitteet ovat tiedon antaminen, neuvonta ja opetus (Kyngäs & Hentinen 2009, 79). Ohjaus on keskeinen osa potilaan hoitoa. Ohjaukselle jää yhä vähemmän aikaa, sillä hoitoajat lyhenevät. Tällöin ohjauksen merkitys terveydenhuollossa korostuu. Ohjauksen tarkoituksena on tukea potilasta löytämään omia voimavarojaan, kannustaa potilasta ottamaan vastuu omasta terveydestään sekä oppia hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Tavoitteena on myös vahvistaa potilaan kotona selviytymistä hoitojakson jälkeen. Ohjausta annetaan hoitotyössä monenlaisissa tilanteissa, kuten sairaalan osastoilla, perusterveydenhuol-



lon vastaanottotilanteissa, kodeissa sekä työpaikoilla. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5-6.)

Hoitajan ja potilaan välinen ohjaussuhde olisi hyvä olla mahdollisimman tasa-arvoinen. Ohjaukseen tarvitaan molempien aktiivisuutta ja tavoitteellisuutta, sillä potilas on oman elämänsä ja hoitaja ohjauksen asiantuntija. Ohjauksessa potilas on aktiivinen pulman ratkaisija ja hoitaja tukee häntä päätöksen teossa. Hoitajan tehtävänä on myös arvioida potilaan ohjaustarpeita yhdessä hänen kanssaan. (Kyngäs ym. 2007, 25-26, 41.) Potilaan ohjauksessa on hyvä kartoittaa potilaan kanssa hänen elämäntilanteessaan sairauteen yhteydessä olevia vaaratekijöitä. Potilaan kanssa yhdessä valitaan käsiteltäväksi ne asiat, joita hän pitää itse tärkeimpinä ja joihin hän haluaa muutosta. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 223.) Ohjausta voidaan verrata tavalliseen keskusteluun, mutta se on muita keskusteluista suunnitelmallisempaa ja se sisältää myös tiedon antamista. (Kyngäs ym. 2007, 25.)

Ohjauksen onnistumiseksi on tärkeää, että ohjausta arvioidaan koko ajan. Hoitaja ja potilas yhdessä miettivät ohjauksen tavoitteet, miten ne on saavutettu ja myös sitä, millaista ohjaus on ollut. On tärkeää, että myös mahdolliset epäonnistumiset huomioidaan ja arvioidaan, jotta potilas voi tehdä suunnitelmia ja tavoitteita toimintansa muuttamiseksi. (Kyngäs ym. 2007, 45.)

Potilaan ohjauksessa hoitajan on tarkkaan mietittävä millä keinolla hän ohjauksen suorittaa. On arvioitu, että asiakkaat muistavat 75 prosenttia siitä, mitä he näkevät, ja vain 10 prosenttia siitä, mitä he kuulevat. Sen sijaan potilaat muistavat 90 prosenttia siitä, mitä heidän kanssaan on käyty läpi sekä näkö- että kuuloaistia käyttämällä. Olisikin hyvä käyttää useita ohjausmenetelmiä, jotta ohjauksella olisi jotakin vaikutusta. On myös muistettava, että potilas muistaa ja pystyy vastaanottamaan vain rajallisen määrän asioita, joten keskeisten asioiden kertaaminen lopuksi olisi suotavaa. Kotiutusohjeet on hyvä olla suullisen ohjauksen lisäksi saatavilla myös kirjallisina. Kun ohjeet ovat kirjallisina, potilas voi turvautua niihin ja tarkastaa tietoja myös itseksensä kotona. (Kyngäs ym. 2007, 73, 124.)

Potilaalle voidaan antaa ohjausta esimerkiksi yksilöohjauksena tai ryhmässä. Yksilöohjaus mahdollistaa potilaan yksilöllisistä tarpeista lähtevän ohjauksen ja jatkuvan palautteen antamisen. (Kyngäs ym. 2007, 74.) Yksilöohjauksessa on mahdollista kysyä mieleen tulevia kysymyksiä ja voidaan myös keskustella arkaluontoisistakin asioista (Holmia ym. 2008, 223). Yksilöohjaus vaatii kuitenkin hoitajalta paljon aikaa (Kyngäs ym. 2007, 74).

Ryhmäohjauksessa ryhmän tavoitteet vaihtelevat ryhmien ja ryhmäläisten omien tavoitteiden mukaan. Ryhmän tavoitteeksi voidaan asettaa esimerkiksi painonhallinta, tupakoinnin lopettaminen tai sydäninfarktista toipuminen. Ryhmän jäsenet voivat auttaa toisiaan jaksamaan ja

tukemaan tavoitteisiin pääsyssä. Ryhmäohjaus on taloudellisempaa kuin yksilöohjaus, sillä tietoa terveyteen ja sairauteen liittyvistä asioista voidaan jakaa suuremmalle ryhmälle samaan aikaan. (Kyngäs ym. 2007, 104.)

#### 2.4.1 Kriisiteoria

Ruotsalainen psykiatrian dosentti ja psykoanalyttikko Johan Cullberg (1991) on kirjoittanut tutkielman kriisien synnystä ja niiden ymmärtämisestä. Hän määrittelee kriisin ratkaisevaksi, äkilliseksi muutokseksi, käänteeksi tai häiriöksi. Cullbergin mukaan on tärkeää tietää, mikä tilanne on johtanut kriisiin. Kyse voi olla äkillisestä ulkoisten syiden laukaisemasta traumaattisesta kriisistä tai kehityskriisistä. Lisäksi selvitetään, mitä asia merkitsee juuri tälle yksilölle. Kolmantena tulee tarkastella yksilön elämänvaihetta jossa hän parhaillaan on ja viimeiseksi huomioidaan yksilön sosiaaliset suhteet. Nämä asiat huomioiden voidaan helpommin ymmärtää kriisin syntyä ja kriisireaktioita. (Cullbergin 1991.)

Kun puhutaan sairauden aiheuttamista kriiseistä, Cullbergin (1991) mukaan ne voidaan pääpiirteittäin laskea traumaattiseksi kriisiksi. Erityisesti äkillinen sairastuminen uhkaa yksilön fyysistä olemista, sosiaalista identiteettiä sekä turvallisuutta. Sydänsairaahan kohdalla voidaan myös pohtia sairaalaan joutumisen kriisiä sairastumisen lisäksi. Cullberg kuvaa sairaalaan joutuvan yksilön menettävän omaa identiteettiään, omaa autonomiaa sekä koskemattomuutta. Yksilön tulee sopeutua sairaalan normeihin lupaa kysymättä, hänen tulee kertoa yksityisiä asioita tuntemattomille ja jakaa huoneensa tuntemattomien kanssa. Sairaalaan joutunut on riippuvainen henkilökunnasta ja tämä saattaa masentaa. Toisaalta akuutisti sairas saattaa myös olla tästä helpottunut kun vastuu siirtyy pois itseltä. Lisäksi on hyvä muistaa, että psyykkinen kriisi yhdessä somaattisen sairauden kanssa vähentää yksilön voimavaroja huomattavasti, jolloin sairauden yhteydessä on hyvä myös hoitaa kriisireaktioita. (Cullbergin 1991.)

Traumaattinen kriisi jaetaan Cullbergin (1991) mukaan neljään eri vaiheeseen käytännön terapeeuttisista sekä pedagogisista syistä. Näistä kaksi ensimmäistä ovat akuutin kriisin vaiheita. Ensimmäisenä on shokkivaihe, joka kestää muutamista minuuteista vuorokausiin. Tässä vaiheessa yksilö torjuu todellisuuden eikä kykene vastaanottamaan tietoa, eikä välttämättä muista puhuttua. Tämä on hyvä huomioida ohjeita annettaessa sairastuneelle. Yksilö tarvitsee tässä vaiheessa huolenpitoa, häntä ei jätetä yksin. Toisena on reaktiovaihe jonka kesto on neljän ja kuuden viikon välillä. Tässä vaiheessa yksilö alkaa avata silmiään tapahtuneelle, yksilö asennoituu uudelleen. Tässä vaiheessa on käytössä yksilön erilaiset yleensä primitiiviset puolustusmekanismit. Yksilö haluaa löytää jonkin selityksen tapahtuneelle, esimerkiksi syyn sairastumiselleen. Syyt joilla asioita yritetään selittää, eivät välttämättä ole millään lailla oleellisia sairastumisen kannalta. Kriisin akuutissa vaiheessa käytettyjä puolustuskeinoja ovat esimerkiksi kieltäminen, regressio, syyllisyyden tuntojen projisointi, rationalisointi sekä tunteiden eristäminen ja torjuminen. Akuutissa kriisissä ihminen voi kokea surua, halveksuntaa,

itseinhoa, alkoholin väärinkäyttöä, elämän tarkoituksettomuuden tunteita ja aggressiivisuutta. Tässä vaiheessa yksilön on saatava puhua kaikesta, kokemuksistaan, tunteista sekä kielelyistä asioista. On hyvä, että toinen ihminen ymmärtää ja hyväksyy toisen ajatukset ja tunteet. Tässä vaiheessa yksilö tarvitsee paljon tietoa esimerkiksi sairaudestaan. Tietoa tulee antaa pieninä annoksina ja useita kertoja. Parasta olisi jos keskustelemalla saataisiin esille asioita joihin yksilö haluaa vastauksia ja puhuttaisiin juuri niistä asioista jotka hänelle sillä hetkellä merkitsevät.

Kolmas vaihe alkaa noin puolen vuoden jälkeen tapahtuneesta, kyseessä on läpityöskentelyvaihe. Yksilö alkaa taas pohtia tulevaa, krooniseen sairauteen sairastunut hyväksyy elämän sairautensa kanssa. Neljäs vaihe on uudelleensuuntautumisen vaihe, jolloin kriisi jää takalalle ja muut uudet asiat ovat vallanneet mielen. Kuitenkin niin, että tapahtuma tulee aina olemaan osa persoonaa jollain lailla. (Cullbergin 1991; Eränen ym. 2009; Lönnqvist 2005; Saari 2000, 41-68.)

### 3 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, missä vaiheessa potilas kykenee vastaanottamaan ohjausta. Tutkimuksessa selvitettiin myös kuinka paljon ja miten se tulisi toteuttaa, jotta saavutetaan suurin hyöty. Tavoitteena oli saada tietoa Vihdin ja Karkkilan sydänyhdistyksen jäseniltä ohjauksen merkityksestä ja sen toteuttamisesta. Aikaisemmin vastaavanlaista tutkimusta on tehty Lohjan alueella, nyt haluttiin tutkia Vihdin ja Karkkilan aluetta. Kokemuksia ohjauksesta kysyttiin kyselylomakkeella.

Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

- Missä vaiheessa potilas kykenee vastaanottamaan ohjausta?
- Kuinka paljon ohjausta tulisi antaa?
- Missä muodossa ohjausta tulisi antaa?

### 4 Menetelmät

Laurea ammattikorkeakoulussa Lohjan paikallisyksikössä aloitettiin elokuussa vuonna 2008 Lohjan Sydänyhdistyksen kanssa yhteistyössä Sydänpolku-hanke. Hankkeessa kartoitettiin sydänpotilaan hoitopolkua ja sen tavoitteena oli löytää kehityskohteet hoitopolusta. Hankkeen alueeseen kuului Lohjan, Siuntion, Inkoon ja Karjalohjan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alue eli Lost.

Vuoden 2008 Lohjan Sydänpolku- hankkeen osiossa Hoitotavat potilasnäkökulmasta -raportin tuloksissa todettiin, että vastaajien tiedonsaanti sairastamastaan sydänsairaudesta on ollut

heikkoa. Tutkimuksessa hyväksi oli koettu lääkärin toiminta sairauden toteamisessa. Hankkeessa yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, etteivät he olleet saaneet lainkaan kuntoutusta sairastumisen jälkeen. Vastaajien mielestä potilasohjausta ennen kotiutusta ja kotiutuksen jälkeen ei ole ollut juuri lainkaan. (Hölsä, Rautiainen, Salomäki, Skog & Vuotila 2009.)

Jatkotoimiksi Hoitotavat potilasnäkökulmasta raportti esitti seuraavalle hankkeelle muodostaa kattavamman kuvan hoitopolun kulusta potilasnäkökulmasta katsottuna (Hölsä ym. 2009). Syksyllä 2009 jatkui ennakoiva hoito ja tulevaisuushanke, joka jatkaa sydänpotilaan hoitopolkuun liittyvien asioiden kartoittamista Karkkilan ja Vihdin alueella.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaan kokemusten perusteella missä vaiheessa sairastumisprosessia potilas kykenee vastaanottamaan ohjausta. Tarkoituksena oli selvittää myös kuinka paljon ohjausta kannattaa antaa ja miten ohjaus tulisi toteuttaa, jotta saavutetaan mahdollisimman suuri hyöty. Tutkimus toteutettiin Vihdin ja Karkkilan sydänyhdistyksen jäsenille. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella ja vastaukset tilastoitiin ja analysoitiin. Tutkimus oli jatkoa jo aiemmin toteutetulle tutkimukselle. Pohjana käytettiin samaa kyselylomaketta kuin edellisessä tutkimuksessa, mutta hieman muokattuna. Kyselylomakkeeseen liittyvät muutokset on tehty teoreettisen ja tutkitun tiedon pohjalta. Muutokset on tehty, jotta saadaan tietoa ohjauksesta, sen riittävydestä ja sen antamisesta hoidon eri vaiheissa.

#### 4.1 Määrällinen tutkimus

Määrällinen tutkimus eli kvantitatiivinen tutkimus vastaa kysymyksiin kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. Määrällisen tutkimuksen tarkoitus on selittää, kuvata, kartoittaa, vertailla tai ennustaa ihmisiä koskevia asioita tai luonnon ilmiöitä sekä löytää aineistosta yleisiä lainalaisuuksia. (Vilkkä 2007.) Määrällisen tutkimuksen ominaispiirteitä ovat tiedon mittaaminen, tiedon esittäminen numeroin, tutkimuksen objektiivisuus ja vastaajien suuri lukumäärä (Vilkkä 2007; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997).

Tutkittava asia operationalisoidaan. Operationalisointi tarkoittaa sitä, että teoreettiset käsitteet muutetaan sellaiseen muotoon, että niitä voidaan tutkia ja mitata. Tutkittava asia myös strukturoidaan eli asiat vakioidaan lomakkeeseen kysymyksiksi ja vaihtoehdoiksi ennalta niin, että kaikki vastaajat ymmärtävät kysymyksen samalla tavalla. (Vilkkä 2007; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007.)

Kvantitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä, että vastaajien määrä on suuri. Mitä suurempi on otos, sitä paremmin toteutunut otos edustaa perusjoukossa keskimääräistä mielipidettä, asennetta tai kokemusta tutkittavasta asiasta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007; Holopainen & Pulkila 2002; Vilkkä 2007.) Määrällisessä tutkimuksessa tutkimusaineiston voi kerätä kyse-

lylomakkeella, haastattelulomakkeella, systemaattisella havainnoinnilla, käyttämällä valmiita rekistereitä ja tilastoja tai muita aineistoja. Olennaista on, että tutkimusaineisto kerätään mitattavassa muodossa tai aineisto voidaan muuttaa mitattavaan muotoon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007; Vilkkä 2007; Vilkkä 2005.)

#### 4.2 Kyselylomake

Aineistonkeruu toteutettiin kyselylomakkeella, sillä näin tavoitettiin suurempi joukko ihmisiä vaivattomammin. Kyselylomake sopii hyvin aineistonkeruuseen, jossa tutkittava joukko on hajallaan. Etuna kyselylomakkeessa on myös, että vastaajat pysyvät tuntemattomina. Haittana on tutkimusaineiston kato, eli kaikki eivät palauta kyselylomaketta. Hyvä kyselylomake on tärkeä työväline aineiston keruussa. Kyselylomakkeen tulisi olla selkeä ja helposti täytettävä. Lyhyet ja tarkat kysymykset helpottavat vastaajaa. Kysely ei myöskään saisi olla liian pitkä. Lisäksi tulisi muistaa käyttää kieltä jota vastaajat ymmärtävät ja välttää ammattikieltä. Lomakkeen mukana tulee myös olla saatekirje, jonka kertoo tutkimuksen taustaa ja tarkoitusta. Monivalintakysymyksiin vastaaminen on nopeampaa ja tuloksia voidaan helpommin vertailla ja analysoida keskenään. Avoimet kysymykset voivat antaa sellaista tietoa asioista, joita tutkimuksen alkuvaiheessa ei ole huomioitu. Avoimet kysymykset antavat vastaajan päättää mikä on tärkeää ja mitä hän tietää aiheesta. Avoimien kysymysten tulkinta on kuitenkin haasteellista ja vastauksia ei aina pysty vertailemaan keskenään. (Vilkkä 2005; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 186- 199.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin perinteistä postikyselyä, sillä tutkimusjoukko oli hieman ikään-tyneempää väestöä ja he asuvat Karkkilan ja Vihdin alueella. Tutkimus toteutettiin kokonaisuotantana Vihdin ja Karkkilan sydänyhdistysten jäsenille. Kyselylomakkeessa selvitettiin vastaajan taustatietoja viidellä kysymyksellä. Tämän jälkeen kartoitettiin vastaajan suhdetta sydänsairauksiin ja saamaansa ohjausta hoidon eri vaiheissa. Kysymyksistä kymmenen oli monivalinta kysymyksiä ja kolme avointa kysymystä. Sydänyhdistyksen jäsenet postittivat nämä lähetysvalmiit kirjeet eteenpäin jäsenilleen. Näin vastaajat pysyvät anonymineinä.

#### 5 Tutkimuksen toteutus

Tutkimus toteutettiin Vihdin ja Karkkilan sydänyhdistyksen valikoiduille jäsenille. Sydänyhdistykset valitsivat vastaajat jäsenistään. Tutkimuksen alussa ollaan oltu yhteydessä Vihdin ja Karkkilan sydänyhdistysten puheenjohtajiin, heille kerrottiin opinnäytetyöstä ja siitä miten tutkimus toteutetaan. Puheenjohtajilta kysyttiin, kuinka monta kyselylomaketta he yhdistykselle haluavat. Heiltä saadun tiedon mukaan Karkkilan sydänyhdistykselle kirjeitä postitettiin 15 kappaletta ja Vihdin sydänyhdistykselle toimitettiin kokoustiloihin 60 kappaletta. Heitä ohjeistettiin postittamaan jo valmiit kirjekuoret eteenpäin jäsenilleen. Yhteensä kyselylomakkeita lähetettiin 75 kappaletta. Vastausajan umpeuduttua Vihdin Sydänyhdistyksen pu-

heenjohtajalle lähetettiin sähköpostia ja heitä pyydettiin muistuttamaan jäseniä vastaamaan kyselyyn. Kyselylomakkeet laitettiin kirjekuoriin yhdessä saatekirjeen ja palautuskuoren kanssa. Postimaksu oli maksettu molemmista kuorista. Vastaaaja pystyi tällöin täyttämään kyselyn ja palauttamaan sen valmiiksi laitettussa ja maksetussa palautuskuoressa. Vastauksia saatiin 26 kappaletta ensimmäisen määräajan umpeuduttua, toisella kierroksella vastauksia saapui 0 kappaletta. Lähetetyistä lomakkeista palautui 35 prosenttia.

## 5.1 Aineiston analysointi

Tutkimusaineiston kerääminen, käsittely, analysointi ja tulkinta ovat eri vaiheita määrällisessä tutkimuksessa. Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi alkaa, kun kerätty aineisto on saatu kasattua. Aineistoa voi kerätä muun muassa kyselyllä, haastattelulla tai havainnoimalla. (Vilka 2007).

Analysoitava aineisto voi olla laadullista eli esimerkiksi kertomuksia tai se voi olla määrällisesti mitattavia muuttujia. Saatu aineisto tilastoidaan ja esitetään taulukoin sekä graafisin kuvin. Tilastollisen päättelyn tarkoituksena on luotettavien johtopäätösten tekeminen perusjoukosta. Tilastollisen päättelyn avulla selvitetään voidaanko saatuja tuloksia yleistää perusjoukkoon. Tuloksen tarkkuus riippuu otoksen koosta ja esimerkiksi vastausprosentista. Sisällönanalyysi on metodi, jolla analysoidaan tutkimusaineistoa objektiivisesti ja järjestelmällisesti. Pyrkimyksenä on kuvata aineistoa sanallisesti ja pyritään muuttamaan aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon. Aineiston kuvaamisen jälkeen pyritään muodostamaan selkeitä johtopäätöksiä tutkitun tiedon tueksi. (Heikkilä 2004; Holopainen & Pulkkila 2002). Sisällönanalyysissa tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Janhonen & Nikkonen 2001).

Saatu tutkimusaineisto tallennettiin digium-ohjelmaan, joka kokosi aineiston. Aineistosta muodostettiin taulukoita ja ne avattiin sanallisesti. Avoimet kysymykset käsiteltiin sisällönanalyysillä.

## 5.2 Tutkimuksen etiikka

Tutkimusetiikka sisältää yleisesti hyväksytyjä sääntöjä. Tutkimusaineisto kerätään yleisesti tiedeyhteisön hyväksymin keinoin. Tiedon kerääminen tulee myös kerätä lähteistä, jotka ovat yleisesti hyväksytyjä, ja joita pidetään luotettavina. Oman alan kirjallisuutta ja uusinta tutkimustietoa tulisi myös hyödyntää. Tutkimuksen tulisi tuottaa uutta tietoa tai jäsentää jo olemassa olevaa tietoa paremmin. Tutkimustulosten on noudatettava yleisesti hyväksytyjä sääntöjä ja tutkimukselle asetettuja vaatimuksia. Yleisiä sääntöjä, joita tulee noudattaa, on muun muassa toisten tutkijoiden kunnioittaminen, rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Plagioiminen eli toisten tai oman tekstin luvaton lainaaminen sekä tulosten keksiminen tai vääristäminen on myös eettisesti väärin. Tutkimukssamme keräämme aineiston kyselylomakkeel-

la. Hyvän tutkimusetiikan mukaisesti jo saatekirjeessä tutkimukseen osallistuvalla käy ilmi mihin hän on vastaamassa ja että vastaukset ovat nimettömiä. Lisäksi saatekirjeessä ilmoitetaan, että vastaaminen on vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistuva tietää miten ja miksi tutkimusta tehdään. (Vilkkä 2005, 29-41; Hirsjärvi ym. 2007, 23-27.)

### 5.3 Aikataulu

Työ alkoi syksyllä 2009. Alustavan suunnitelma oli valmis 20.1.2010. Kyselylomake oli valmis tammikuun 2010 lopussa. Kyselylomakkeet postitettiin Karkkilan sydänyhdistykselle 8.2.2010. Vihdin sydänyhdistykselle kyselylomakkeet toimitettiin 10.2.2010 heidän kokoustiloihinsa. Vastausaikaa oli maaliskuun loppuun saakka. Tämän jälkeen vastausaikaa pidennettiin vielä kahdella viikolla, koska vastauksia oli saapunut vasta 27 kappaletta. Yhdistysten puheenjohtajille lähetettiin vielä sähköpostia, jossa heitä kehoitettiin muistuttamaan jäseniään kyselystä. Aineistoa ei kuitenkaan tullut tämän enempää. Tämän jälkeen aineisto koottiin ja kyselylomakkeiden tiedot tallennettiin Digium- tilasto-ohjelmaan. Tästä saadun aineiston mukaan tehtiin diagrammeja aineiston selkeyttämiseksi. Työ on tarkoitettu esitellä syksyn ensimmäisessä seminaarissa.

## 6 Tulokset

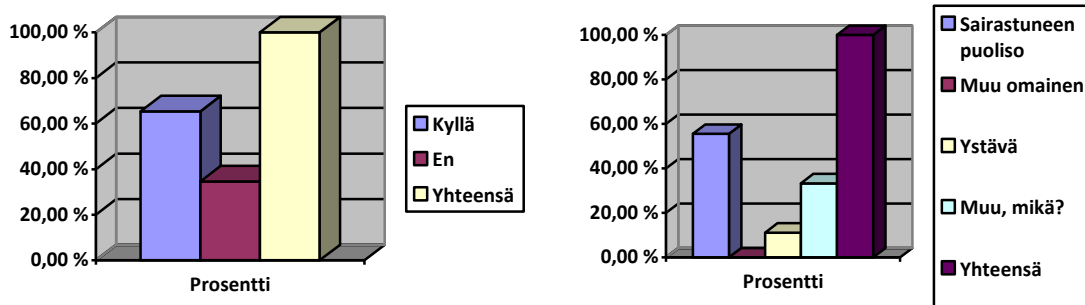
### 6.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot

Taustatieto	f	%
Sukupuoli		
Mies	14	54
Nainen	12	46
Ikä		
Alle 40 vuotta	0	0
41- 60	2	7,5
61- 80	22	85
Yli 81 vuotta	2	7,5
Asumisolosuhteet		
Yksin	6	23
Yhdessä jonkun kanssa	20	77

Taulukko 1: Taustatiedot

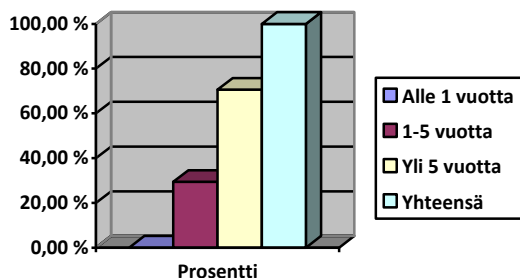
Kyselylomakkeita lähetettiin yhteensä 70 kappaletta, joista palautui 26 kappaletta eli 37 prosenttia. Kyselyyn vastanneista 54 prosenttia oli miehiä ja 46 prosenttia oli naisia. Suurin osa vastanneista oli 61- 80 vuotta, heitä oli vastaajista 85 prosenttia 26 henkilöstä. Kaikki vastan-

neet olivat yli 40-vuotiaita. Suurin osa vastaajista, 77 prosenttia asui yhdessä jonkun muun kanssa. Vastaajista 23 prosenttia asui yksin.



Taulukko 2: Itse sairastunut tai muu rooli

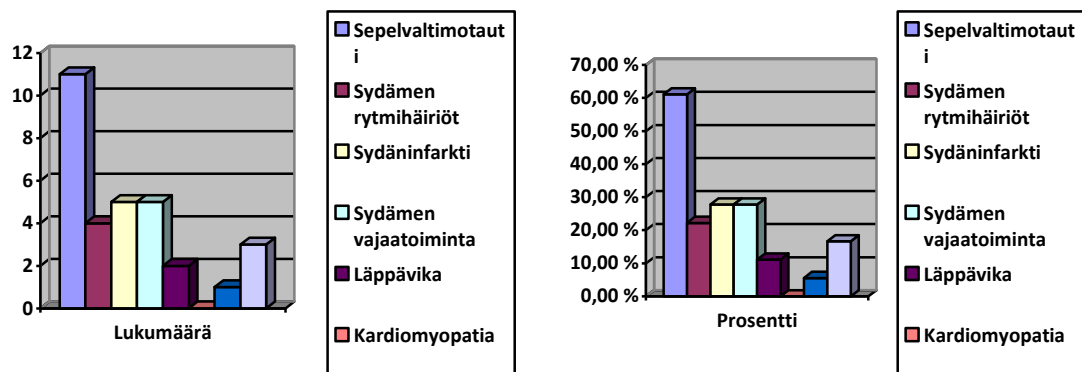
Suurin osa vastaajista oli itse sairastunut sydänsairauteen. Heitä oli 65 prosenttia vastanneista. 35 prosenttia vastaajista ei ollut itse sairastunut sydänsairauteen. Suurin osa yhdeksästä vastaajasta, jotka eivät olleet itse sairastuneet sydänsairauteen, olivat sairastuneen puolisoja. Heitä oli 56 prosenttia vastanneista. Muita syitä kuulua sydänyhdistykseen olivat sairastuneen ystävä, perimä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin ja kannattajajäsenyys.



Taulukko 3: Sairastumisesta kulunut aika

Tähän kysymykseen vastasi 17 henkilöä 26 vastanneesta. Suurimalla osalla heistä sairastumisesta oli kulunut yli viisi vuotta, heitä oli 71 prosenttia. Vastanneista 29 prosentilla oli sairastumisesta kulunut 1-5 vuotta.

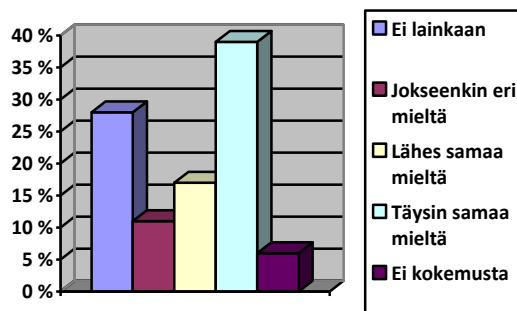




Taulukko 4: Sairastamanne sydänsairaus

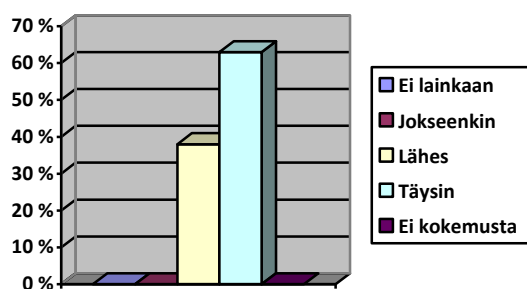
Tähän kysymykseen vastasi 73 prosenttia vastaajista. Yhdeksällä vastanneista oli enemmän kuin yksi sydänsairaus. Yleisin sairaus oli sepelvaltimotauti. Muita sairauksia oli lapsuudessa jo todettu korkea kolesteroliarvo tai suoritettu ohitusleikkaus

## 6.2 Sydänsairauteen liittyvät kysymykset

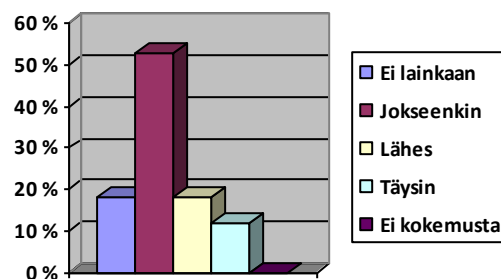


Taulukko 5: Ensimmäisten sydänoireiden ilmaannuttua, lääkäri otti oireet todesta

39 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä että ensimmäisten sydänoireiden ilmaannuttua lääkäri otti heidän oireensa todesta. 28 prosenttia koki, että heidän oireitaan ei otettu lainkaan todesta.



Erikoissairaanhoito

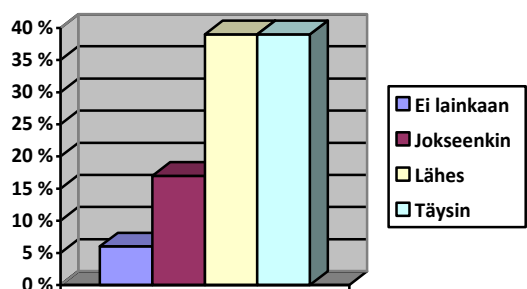


Perusterveydenhuolto

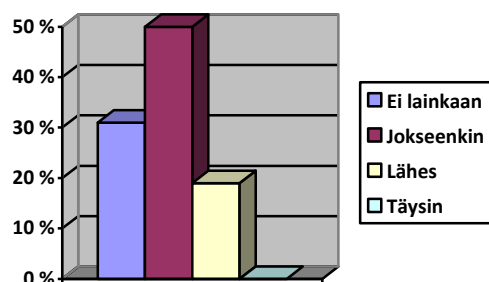
Taulukko 6: Tyytyväisyys hoitoon

63 prosenttia vastaajista oli täysin tyytyväisiä erikoissairaanhoidossa saamaansa hoitoon. Lähes tyytyväisiä oli 38 prosenttia vastaajista. Perusterveydenhuollossa saamaansa hoitoon täysin tyytyväisiä oli vain 12 prosenttia vastaajista. Lähes tyytyväisiä oli 18 prosenttia ja jokseenkin tyytyväisiä oli 53 prosenttia vastaajista. Vastaajista 18 prosenttia eivät olleet lainkaan tyytyväisiä saamaansa hoitoon perusterveydenhuollossa.

50 prosenttia vastaajista oli täysin tyytyväisiä saamaansa hoitoon ambulanssissa. Vastaajista 38 prosenttia ei ollut lainkaan kokemusta ambulanssissa saadusta hoidosta. Lähes tyytyväisiä oli 6 prosenttia, sekä myös jokseenkin tyytyväisiä oli 6 prosenttia vastaajista.



Sairaala

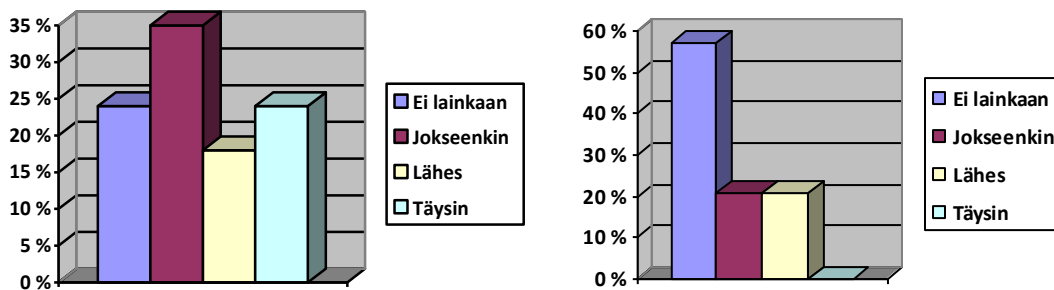


Terveyskeskus

Taulukko 7: Tiedon saanti sairastamastanne sydänsairaudesta sairaalassa ja terveyskeskuksessa

Sairaalassa mielestään tarpeeksi tietoa on saanut 39 prosenttia ja lähes tarpeeksi 39 prosenttia vastaajista. Mielestään jokseenkin tarpeeksi tietoa sairaalassa oli saanut 17 prosenttia ja ei lainkaan tietoa 6 prosenttia. Terveyskeskuksessa mielestään tarpeeksi tietoa sairastamastanne sydänsairaudesta ei saanut ketään vastaajista. Lähes tarpeeksi tietoa sai 19 prosenttia,

jokseenkin tarpeeksi tietoa sai 50 prosenttia ja 31 prosenttia vastaajista eivät saaneet lainkaan tietoa sairastamastaan sydänsairaudesta terveyskeskuksessa.

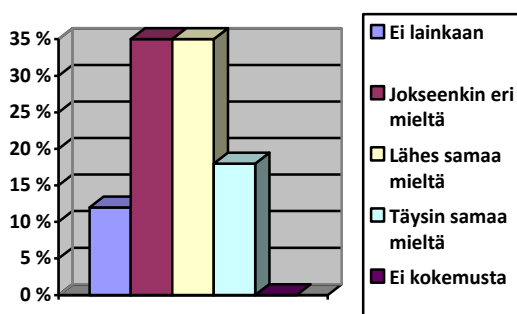


Yhdistys

Internet

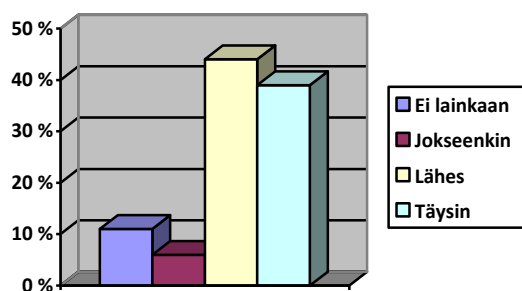
Taulukko 8: Tiedon saanti yhdistykseltä ja internetistä

Yhdistyksiltä kuten sydänyhdistykseltä mielestään tarpeeksi tietoa sairastamastaan sydänsairaudesta sai 24 prosenttia ja lähes tarpeeksi tietoa sai 18 prosenttia. Yhdistykseltä jokseenkin tarpeeksi tietoa sai 35 prosenttia ja ei lainkaan 24 prosenttia vastaajista. Internetistä tietoa ei saanut lainkaan 57 prosenttia vastaajista. Jonkin verran ja lähes tarpeeksi tietoa sai yhteensä 42 prosenttia vastaajista. Tarpeeksi tietoa internetistä ei saanut kukaan. Vastaajat olivat saaneet lisätietoa sairaudestaan myös kirjallisuudesta, kuntoutuskurssilta ja tukihenkilönä.

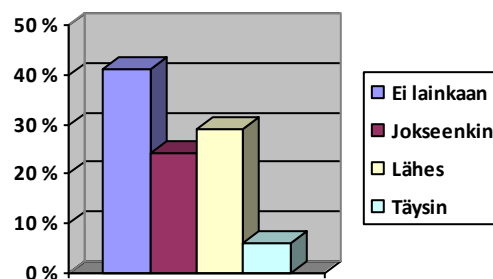


Taulukko 9: Saitteko mielestänne tarpeeksi ohjausta sairastumisenne jälkeen?

35 prosenttia vastanneista oli jokseenkin eri mieltä siitä, että saivatko he mielestään tarpeeksi ohjausta sairastumisen jälkeen. 35 prosenttia vastanneista oli lähes samaa mieltä siitä, että he saivat mielestään tarpeeksi ohjausta sairastumisen jälkeen. 18 prosenttia vastanneista oli täysin tyytyväisiä saamansa ohjauksen määrään sairastumisen jälkeen ja 12 prosenttia ei saanut mielestään tarpeeksi ohjausta.



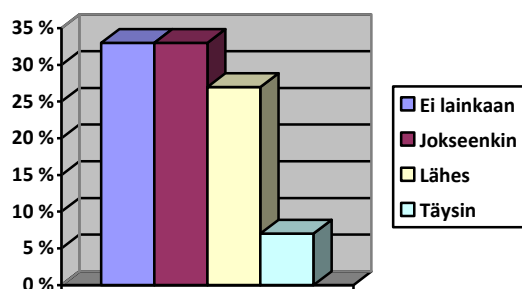
Sairaala



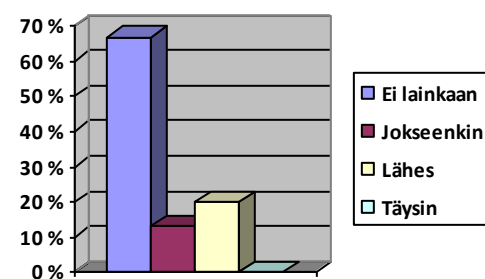
Terveyskeskus

Taulukko 10: Saitteko tarpeeksi ohjausta sairastamastanne sydänsairaudesta sairaalassa ja terveyskeskuksessa

Sairaalassa tarpeeksi ohjausta sai 39 prosenttia ja lähes tarpeeksi 44 prosenttia vastaajista. Jokseenkin tarpeeksi ohjausta sai 6 prosenttia ja ei lainkaan tarpeeksi ohjausta sairaalassa 11 prosenttia vastaajista. Terveyskeskuksessa vain 6 prosenttia koki saaneensa tarpeeksi ohjausta sairastamastaan sydänsairaudesta ja lähes tarpeeksi 29 prosenttia vastaajista. Jokseenkin tarpeeksi ohjausta terveyskeskuksessa koki saaneensa 24 prosenttia ja ei lainkaan 41 prosenttia vastaajista.



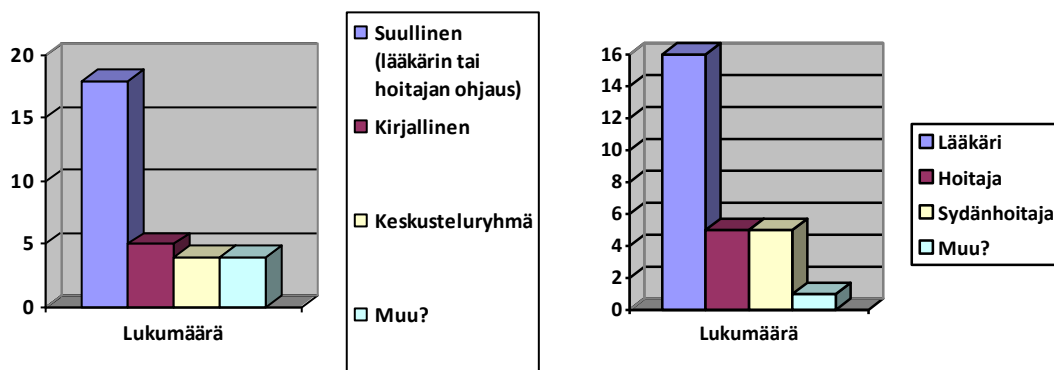
Yhdistys



Internet

Taulukko 11: Tarpeeksi ohjausta yhdistykseltä (Sydänyhdistys) ja internetistä

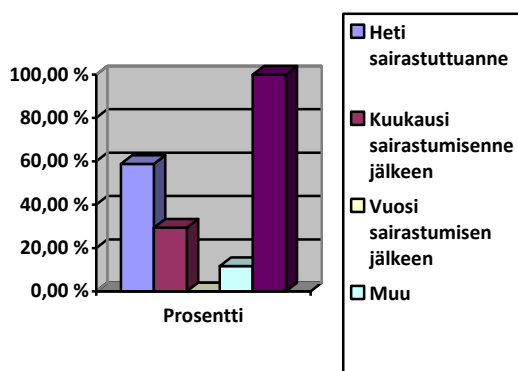
Yhdistyksiltä kuten sydänyhdistykseltä tarpeeksi ohjausta sairastamastaan sydänsairaudesta koki saaneensa vain 7 prosenttia ja lähes tarpeeksi 27 prosenttia vastaajista. Jokseenkin tarpeeksi ohjausta yhdistykseltä sai 33 prosenttia ja samoin ei lainkaan tarpeeksi ohjausta 33 prosenttia vastaajista. Internetistä ei kukaan vastaajista saanut tarpeeksi ohjausta ja 20 prosenttia lähes tarpeeksi. Jokseenkin tarpeeksi sai 13 prosenttia ja ei lainkaan 67 prosenttia vastaajista. Vastaajat olivat myös saaneet ohjausta sairastamastaan sydänsairaudesta sydänyhdistyslehdessä, kuntoutuskursseilta ja muilta sairastuneilta.



Taulukko 12: Missä muodossa olette saaneet ohjausta ja keneltä

Tähän kysymykseen oli vastannut 21 henkilöä ja tässä kohdassa sai valita useamman vastausvaihtoehdon. 18 henkilöä oli saanut ohjausta suullisesti lääkäriltä tai hoitajalta. Viisi vastaajista sai ohjausta kirjallisesti ja neljä vastanneista sai ohjausta keskusteluryhmistä. 11 henkilöä oli saanut pelkästään ohjausta suullisesti lääkäriltä tai hoitajalta. Neljä henkilöä oli saanut sekä suullisesti että kirjallisesti ohjausta lääkäriltä tai hoitajalta. Kolme henkilöä oli saanut kaikissa muodoissa ohjausta. Yksi vastaajista oli saanut apua vain keskusteluryhmästä. Ohjausta saatiin myös työelämästä, vertaistuen avulla, lääkkeiden muodossa ja tukihenkilökoulutuksesta.

Suurin osa vastaajista eli 16 henkilöä sai lääkäriltä ohjausta, viisi vastaajaa hoitajalta ja viisi sydänhoitajalta. Yksi vastaajista sai ohjausta vertaistukihenkilöltä. 11 vastaajaa sai pelkästään lääkäriltä ohjausta. Kuusi vastaajaa sai sekä lääkäriltä, hoitajalta että sydänhoitajalta ohjausta. Neljä vastaajista sai pelkästään hoitajalta tai sydänhoitajalta ohjausta.



Taulukko 13: Missä vaiheessa sairastumistanne koitte olevanne parhaiten valmis vastaanottamaan ohjausta?

Tähän kohtaan vastasi 17 henkilöä. Suurin osa vastaajista eli 59 prosenttia oli valmis vastaanottamaan ohjausta heti sairastuttuaan. Vastaajista 29 prosenttia oli valmis vastaanottamaan ohjausta kuukausi sairastumisen jälkeen. Muita vaiheita vastaanottaa ohjausta oli heti leikkauksen jälkeen ja kaikkina sairastumisen vaiheina.

### 6.3 Avoimet kysymykset

Ensimmäisessä avoimessa kysymyksessä kysyttiin: ”Minkälainen tieto olisi/ on auttanut selviytymään sairauden kanssa ja missä muodossa olisitte halunneet saada tietoa.” Tähän kysymykseen vastasi 14 henkilöä. Vastaajien mielestä terveydenhuoltohenkilökunnalta saatu ohjaus, omahoito ja potilaan sosiaalinen tuki ovat auttaneet selviytymään sairauden kanssa. Terveystienhoitohenkilökunnan ohjaukseen kuului keskustelut henkilökunnan kanssa sekä kirjalliset ohjeet. Kolme vastaajista koki lääkärin kanssa käydyn keskustelun auttaneen ja yksi vastaaja hyötyi hoitohenkilökunnan kanssa käydystä keskustelusta. Henkilökunnan toivottiin ottavan oireet todesta ja sairautta seurattaisiin paremmin. Kirjallisesti tietoa haluttiin saada epikriisistä, omahoito ohjeista ja lääkkeistä. Omahoitoon kuului hyvät omahoito ohjeet, erityisesti toivottiin ohjeita ravinnosta ja liikunnasta. Myös elämän rajallisuudesta ja lääkkeistä haluttiin tietoa. Potilaan sosiaaliseen tukeen kuului omaisille tiedotus, vertaistuki ja huumori. Yksi vastaajista nosti esille, että omaisille tulisi kertoa sairastuneen käytöksestä ja voinnista.

Toisessa avoimessa kysymyksessä kysyttiin: ”Mitä hyvää ja kiittämisen arvoista olette kokeneet hoitonne eri vaiheissa.” Tähän kysymykseen vastasi 17 henkilöä. Vastaajat nostivat esiin hoitohenkilökunnan, hyvän kohtelun, ohjauksen sekä tutkimus ja toimenpiteet. Hyvää ja kiittämisen arvoista hoitohenkilökunnassa oli sydänhoitajan keskustelu, lääkärin keskustelu, omalääkäri toiminta, ambulanssin henkilökunnan toiminta ja yleisti ottaen hoitohenkilökunta. Hyvää kohtelua vastaajat olivat saaneet lääkäriltä ja sairaalassa. Hyvään kohteluun lukeutui lääkäreiden asenne ja hoitajien halua auttaa. Yksi vastaajista kiitti koko hoitoa.

V26: ” Hoitajan miellyttävän sydämellinen halu auttaa...”

Ohjauksessa hyväksi koettiin ryhmäneuvonta ennen leikkausta, Suomen sydänliitto ry:n ohjevihkoset, osastojen kirjalliset ohjeet, sydän kuntoutus, kirjallisuus ja yleisesti ottaen tieto sairaudesta. Hyväksi ja kiittämisen arvoiseksi koettiin myös tutkimukset ja toimenpiteet.

Kolmannessa avoimessa kysymyksessä kysyttiin: ”Mitä kritisoitavaa tai huonoa olette kokeneet hoitonne eri vaiheissa.” Tähän kysymykseen vastasi 12 henkilöä. Vastaajat kritisoivat henkilökuntaa, kohtelua, ohjausta ja hoitoympäristöä. Henkilökunnassa kritisoitavaa oli neljän vastaajan mielestä lääkärin vaihtuvuus. Lisäksi sydänhoitajan puute terveyskeskuksessa, työterveyshuolto ja henkilökunnan vähäisyys koettiin huonoksi. Kohteluun lukeutui lääkärin huono käytös ja se että, neljän vastaajan mielestä oireita ei otettu todesta.

V14: ”Kukaan ei uskonut koko sairauteen, olin niin terveen näköinen.”

Ohjauksesta kritisoitiin terveyskeskuksen tietämättömyyttä ja hoitohenkilökunnalta saatua niukkaa tiedon määrää. Lisäksi kolme vastaajaa tunsu jääneensä jälkitarkastuksen jälkeen omilleen. Hoitoympäristössä kritisoitavaa oli täydet hoitopaikat, kehitteillä olevat hoitomene-  
telmät ja hoitohenkilökunnan kiire.

V3: "...puolisona jouduin vaatimaan tutkimuksia ja paneutumaan oireiden hoi-  
toon."

## 7 Johtopäätökset

### 7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida validiteetin ja reliabiliteetin näkö-  
kulmasta. Validiteetti liittyy siihen, vastaavatko tutkimustulokset tutkimuskysymyksiä. Tutki-  
musjoukon laajuus vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Se, kuinka hyvin tuloksia voidaan  
yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon, on ulkoinen validiteetti. Reliabiliteetilla  
tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä eli luotettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen  
2009.)

Tutkimukseen vastasi vain 35 prosenttia valitusta joukosta. Yhdistyksen puheenjohtajilta ky-  
sytettiin, kuinka monta kyselylomaketta he ottavat. Kyselylomakkeita lähetettiin toivomusten  
mukaan yhteensä 75 kappaletta. Myöhemmin meille selvisi, että yhdistyksen jäseniä oli huo-  
mattavasti enemmän. Tutkimuksella tuotettiin hyvää tietoa vastaajien saamasta ohjauksesta,  
mutta tuloksia ei voida yleistää vastaajien määrän jäädessä alhaiseksi.

### 7.2 Tutkimustulosten tarkastelu

Tyytyväisyys hoitoon jaettiin eri toimijoiden välille ja vastaajat pystyivät näin ollen kuva-  
maan missä hoidon vaiheessa he olivat tai eivät olleet tyytyväisiä hoitoonsa. Kyselyssä kysyt-  
tiin tyytyväisyyttä hoitoon ambulanssissa, erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa.  
50 prosenttia vastaajista oli täysin tyytyväisiä saamaansa hoitoon ambulanssissa ja 38 prosent-  
tia vastaajista ei ollut kokemusta ambulanssissa saadusta hoidosta. Erikoissairaanhoidossa  
saamaansa hoitoon 63 prosenttia vastaajista oli täysin tyytyväisiä. Perusterveydenhuollossa  
täysin tyytyväisiä oli vain 12 prosenttia vastaajista. Vastaajista 18 prosenttia eivät olleet lain-  
kaan tyytyväisiä saamaansa hoitoon perusterveydenhuollossa.

V10: "... terveyskeskuksessa kysyttiin vain että jos se on närästystä, kuitenkin noin 2kk:n  
kuluttua tehtiin pallolaajennus ja lausunnoissa todettiin tukoksen olleen kriittinen. "

Kyselyssä kysyttiin kokivatko potilaat että lääkäri otti heidän oireensa todesta. 39 prosenttia vastanneista henkilöistä oli sitä mieltä että ensimmäisten sydänoireiden ilmaannuttua lääkäri otti heidän oireensa todesta. 28 prosenttia koki, että heidän oireitaan ei otettu lainkaan todesta. Hyvä potilas-lääkärisuhde on positiivinen tekijä ja se voi parantaa hoitoon sitoutumista (World Health Organisation 2003).

Kyselyssä kysyttiin saivatko potilaat tarpeeksi tietoa sairastamastaan sydänsairaudesta sairaalassa, terveyskeskuksessa, yhdistyksiltä kuten sydänyhdistykseltä sekä Internetistä. Halusimme tietää mistä vastanneet olivat saaneet hyvin tietoa ja mitä tulisi parantaa. Sairaalassa mielestään tarpeeksi tietoa on saanut 39 prosenttia. Terveyskeskuksessa mielestään tarpeeksi tietoa sairastamastaan sydänsairaudesta ei saanut kukaan vastaajista. Yhdistyksiltä kuten sydänyhdistykseltä mielestään tarpeeksi tietoa sairastamastaan sydänsairaudesta sai 24 prosenttia. Internetistä tietoa ei saanut lainkaan 57 prosenttia vastaajista. Tarpeeksi tietoa Internetistä ei saanut kukaan vastaajista. Vastaajien korkea ikä myös osin selittää tätä tulosta. Vastaajat olivat saaneet lisätietoa sairaudestaan myös kirjallisuudesta, kuntoutuskurssilta ja tukihenkilötoiminnasta.

V25: ” Toivoisin että sydänpotilaille järjestettäisiin vaikka päivän kestäviä luentotilaisuuksia sairaudesta ja hoidosta. Tilaisuudet pitäisi olla kaikille potilaille tarkoitettuja eikä vain sydänyhdistyksien jäsenille...”

Terveystieteiden ammattilaisien tulisi pystyä arvioimaan potilaan kykyä vastaanottaa ja noudattaa ohjeita sillä hoito-ohjeita annetaan usein potilaalle, joka ei ole valmis vielä vastaanottamaan niitä (World Health Organisation 2003). Vastaajien kokemukset siitä, saivatko he tarpeeksi ohjausta sairastumisen jälkeen, ei ollut yllättävä. Vastanneista vain 18 prosenttia olivat täysin tyytyväisiä saamaansa ohjauksen määrää sairastumisen jälkeen ja 12 prosenttia ei saanut mielestään tarpeeksi ohjausta ollenkaan. Vastanneista 35 prosenttia oli joksikin eri mieltä siitä, että saivatko he mielestään tarpeeksi ohjausta sairastumisen jälkeen ja samoin 35 prosenttia vastanneista oli lähes samaa mieltä siitä, että he saivat mielestään tarpeeksi ohjausta sairastumisen jälkeen.

Ohjaukseen liittyvät käsitteet ovat tiedon antaminen, neuvonta ja opetus (Kynä & Hentinen 2009, 79). Ohjaus on keskeinen osa potilaan hoitoa. Ohjauksen tarkoituksena on tukea potilasta löytämään omia voimavarojaan, kannustaa potilasta ottamaan vastuu omasta terveydestään sekä oppia hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Ohjausta annetaan hoitotyössä monenlaisissa tilanteissa, kuten sairaalan osastoilla, perusterveydenhuollon vastaanottotilanteissa, kodeissa sekä työpaikoilla. Ohjausta voidaan verrata tavalliseen keskusteluun, mutta se on muita keskusteluita suunnitelmallisempaa ja se sisältää myös tiedon antamista. (Kynä, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5-25.)



Kyselyssä kysyttiin saivatko potilaat tarpeeksi ohjausta sairastamastaan sydänsairaudesta sairaalassa, terveyskeskuksessa, yhdistyksiltä kuten sydänyhdistykseltä sekä Internetistä. Sairaalassa tarpeeksi ohjausta sai 39 prosenttia. Terveyskeskuksessa vain 6 prosenttia koki saaneensa tarpeeksi ohjausta sairastamastaan sydänsairaudesta. Yhdistyksiltä kuten sydänyhdistykseltä tarpeeksi ohjausta sairastamastaan sydänsairaudesta koki saaneensa vain 7 prosenttia vastaajista. Internetistä ei kukaan vastaajista saanut tarpeeksi ohjausta. Vastaajat olivat myös saaneet ohjausta sairastamastaan sydänsairaudesta sydänyhdistyslehdessä, kuntoutuskursseilta ja muilta sairastuneilta.

Toisin kuin tutkimukset antavat ymmärtää, suurin osa vastaajista eli 59 prosenttia oli valmis vastaanottamaan ohjausta heti sairastuttuaan. Cullbergin kriisiteorian mukaan ensimmäisenä on shokkivaihe, joka kestää muutamista minuuteista vuorokausiin. Tässä vaiheessa yksilö torjuu todellisuuden eikä kykene vastaanottamaan tietoa, eikä välttämättä muista puhuttua (Cullbergin 1991). Vastaajista 29 prosenttia oli valmis vastaanottamaan ohjausta kuukausi sairastumisen jälkeen. Toisena on reaktiovaihe jonka kesto on neljän ja kuuden viikon välillä. Yksilö haluaa löytää jonkin selityksen tapahtuneelle, esimerkiksi syyn sairastumiselleen. Tässä vaiheessa yksilö tarvitsee paljon tietoa esimerkiksi sairaudestaan. (Cullbergin 1991) Muita vaiheita vastaanottaa ohjausta oli heti leikkauksen jälkeen ja kaikkina sairastumisen vaiheina.

### 7.3 Johtopäätökset tutkimustuloksista

Yleisin sairaus oli sepelvaltimotauti, mikä ei ollut yllättävää, koska se on yleisin yli 65-vuotiaiden kuolin syy. Henkilökunnan käytöstä potilaita kohtaan kritisoitiin sekä kiitettiin. Kiireen koettiin olevan haitaksi laadukkaalle hoitotyölle, mikä varmasti pitää paikkaansa nykyajan resurssien puutteesta johtuen. Toisaalta henkilökunnan hyvä kohtelu jäi vastaajien mieleen. Erikoissairaanhoidon oltiin eniten tyytyväisiä, vähiten kiitosta sai perusterveydenhoito. Voisiko kyseessä olla se, että erikoissairaanhoidossa on enemmän resursseja hoitoon ja tutkimuksiin. Vastaajien mielestä tietoa saatiin tarpeeksi sairaalassa, mutta perusterveydenhuollossa sitä saatiin huonommin.

Sydänpotilaat olivat tyytyväisiä erikoissairaanhoidossa saatuun ohjaukseen, kun taas perusterveydenhuollossa ohjausta ei saatu juuri lainkaan. Eniten ohjausta vastaajat saivat suullisesti lääkärin antamana. Toisaalta potilaat voivat kokea ohjauksen eri tavoin. Potilaat voivat kokea, että hoitajan antamat päivittäiset neuvot eivät ole ohjausta, vain lääkärin antamat ohjeet koetaan ohjauksena. Kirjallisesti tietoa haluttiin saada epikriisin muodossa, omahoito ohjeista ja lääkkeistä. Suurin osa vastaajista oli valmis vastaanottamaan ohjausta heti sairastuttuaan vastoin tutkittua tietoa. Osa vastaajista oli valmis vastaanottamaan ohjausta kuukausi sairastumisen jälkeen. Tästä voidaan päätellä, että ohjausta tulisi antaa jatkuvasti koko sairastumisprosessin ajan.

Jälkitarkastusta ja sen puutetta kritisoitiin, vastaajilla oli tunne, että hoitojen jälkeen jää omilleen. Näin ollen jälkitarkastuksia tulisi lisätä ja muodostaa yleinen toimintasuunnitelma sairauden seurannalle.

## Lähteet

### Kirjallisuus

- Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska E.-L. 2009. Sairaanhoido ja huolenpito. 7. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Cullberg, J. 1991. Tasapainon järkyessä -psykoanalyttinen ja sosiaalipsykiatrinen tutkielma. (ruotsinkielinen alkuteos 1975, 1980) suom. Mirja Rutanen. Helsinki: Otava.
- Haarni, I. & Alanko, A. 2005. Elämää sepelvaltimotaudin kanssa. Helsinki: Edita.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5.uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4. uudistettu painos. Porvoo: WSOY.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 5. uudistettu painos. Porvoo: WSOY.
- Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. 5.uudistettu painos. Porvoo: WSOY.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen. 1. painos. Keuruu: Tammi.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY.
- Mäkijärvi, M. 2008. 1. Mitä ovat sydänsairaudet. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. Kustannus oy Duodecim.
- Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) 2008. Sydänsairaudet. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino.
- Nurminen, M. 2006. Lääkehoito. 7. uudistettu painos. Porvoo: WSOY.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Raatikainen, R. 1986. Itsehoito ja hoitotyö. Vaasa: Vaasa Oy.
- Ruotsalainen, T. 2006. Sisätautipotilaan hoidon laatu potilas hoidon arvioijana. Väitöskirja. Hoitotiede. Turku.
- Saari S. 2000. Kuin salama kirkkaalta taivaalta, kriisit ja niistä selviytyminen. Otava: Keuruu
- Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2006. Sisätaudit. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa: määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi

#### Sähköiset

Eränen, L., Hynninen, T., Kantanen, I., Saari S., Saarinen, M., Palonen, K. & Yli-pirilä, P. 2009. Äkillisen kriisin vaiheet. Hädän hetkellä. Duodecim. Terveyskirjasto.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=onn00128&p\\_teos=onn&p\\_selaus=](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00128&p_teos=onn&p_selaus=). Viitattu 27.1.2010.

Käypä hoito -suositukset. 2009b. Dyslipidemiat. Viitattu 4.2.2010.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50025>

Käypä hoito -suositukset. 2009a. Kohonnut verenpaine. Viitattu 5.12.2009.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/kht00017>

Lönnqvist, J. Traumaattisen psyykkisen kriisin kohtaaminen. 3.1.2005. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 27.1.2010.  
[http://www.ktl.fi/portal/suomi/pressihuone/ajankohtaista/traumaattisen\\_psyykkisen\\_kriisin\\_kohtaaminen](http://www.ktl.fi/portal/suomi/pressihuone/ajankohtaista/traumaattisen_psyykkisen_kriisin_kohtaaminen)

Mustajoki, P.2009. Kolesterolit. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 4.2.2010.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00035](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00035)

Mustajoki, P. 2009. Sydämen vajaatoiminta. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 31.3.2010.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00084](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084)

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. Potilaan omahoidon tukeminen. Duodecim-lehti. 2009. Viitattu 3.2.2010.  
[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinumero?p\\_p\\_id=dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_spage=%2Fportlet/action%2Fdlehtihakuartikke-li%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_tunnus=duo98401&dleh](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spage=%2Fportlet/action%2Fdlehtihakuartikke-li%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo98401&dleh)

Saarelma, O., Lommi, M-L., Hemminki, A., Leppäkoski, A-M. & Siefen, L. 2008. Toimiva hoitomalli pitkäaikaissairaiden hoitoon. Lääkärilehti. Viitattu 3.2.2010.  
<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000031325>

Sainio, J. Opinnäytetyö. 2009. Potilasohje sydänleikkausta odottaville potilaille. Viitattu 23.10.2009.  
[https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4498/Sainio\\_Johanna.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4498/Sainio_Johanna.pdf?sequence=1)

Suomen sydänliitto. 2009. Viitattu 23.10.2009.  
[http://www.sydanliitto.fi/kaikki\\_sydamesta/fi\\_FI/yleissivu/](http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/fi_FI/yleissivu/)

Sydäninfarkti. 2009. Terveyskirjasto. Viitattu 29.1.2010  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00086&p\\_haku=sydänsairaudet](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00086&p_haku=sydänsairaudet)

Sydänsairaudet. 2009. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 24.10.2009.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_teos=dlk&p\\_selaus=7839](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=dlk&p_selaus=7839)

Sydäninfarktin diagnostiikka. 2009. Käypähoito. Viitattu 28.10.2010.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi04050>

Terveyskirjasto. 2010 Viitattu 28.1.2010  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_teos=dlk&p\\_haku=sydänsairaudet](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=dlk&p_haku=sydänsairaudet)

Alkoholikuolemien määrä pysynyt ennallaan. 2009. Tilastokeskus. Viitattu 28.01.2010.  
[http://www.stat.fi/til/ksyyt/2008/ksyyt\\_2008\\_2009-12-18\\_tie\\_001.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2008/ksyyt_2008_2009-12-18_tie_001.html)

Viikari, J. & Kovanen, P. 2009. Valtimotaudin kokonaisriskin arviointi ja potilaan motivoiminen hoitoon. Lääkärilehti. Viitattu 28.3.2010. <http://nelli.laurea.fi:2254/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000033275>

World Health Organisation. 2003. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen. Näyttää toiminnan tueksi. Helsinki. Lääketietokeskus Oy. Viitattu 4.2.2010.  
[http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report\\_fin.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf)

## Liitteet

### Liite 1 Saatekirje

## Hyvä Vihdin ja Karkkilan Sydänyhdistyksen jäsen

Olemme Lohjan Laurean ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä Ennakoiva hoito ja tulevaisuus hankkeeseen liittyen. Lähestymme teitä nyt kyseisen hankkeen tiimoilta, jossa haluamme selvittää sydänpotilaan hoitopolkua LOST alueella. Hankkeeseen kuuluu kolme ryhmää, joista tämän kyselyn tarkoituksena on selvittää, millaisia kokemuksia teillä on saamastanne ohjauksesta sairastumisprosessinne aikana. Tutkimme missä vaiheessa sydänsairas kykenee vastaanottamaan ohjausta ja missä muodossa. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 10 minuuttia.

Toivomme teidän vastaavan oheiseen kyselylomakkeeseen, joka kartoittaa teidän taustatietojanne sekä kokemuksianne ohjauksesta. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Saamamme aineisto käsitellään luottamuksellisesti ja käytetään ainoastaan tämän hankkeen tarkoituksiin. Voitte myös ilmaista halukkuutenne osallistua henkilökohtaiseen haastatteluun, joka toteutetaan keväällä/syksyllä 2010. Tällöin toivomme teidän liittävän mukaan myös yhteystietonne.

Toivomme teidän postittavan kyselylomakkeen kahden viikon kuluessa mukana olevassa kirjekuoressa, jossa on valmiina osoite. Postimaksu on maksettu.

Yhteistyöstänne etukäteen kiittäen,  
Lohjan Laurean ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat:  
Hanna Juutilainen  
Jenni Kaukojärvi  
Maiju Vihersaari

Opinnäytetyötä ohjaavat opettajat:  
Anne Makkonen  
Tarja Meristö  
Lisätietoja antaa tarvittaessa Anne Makkonen puh. 040-4841085

Liite 2 Kyselylomake

## KYSELYLOMAKE

### A) VASTAAJAN TIEDOT

#### YMPYRÖIKÄÄ OIKEA VAIHTOEHTO

##### 1. OLETTEKO

1. MIES
2. NAINEN

##### 2. ASUTTEKO

1. YKSIN
2. YHDESSÄ JONKUN MUUN KANSSA

##### 3. IKÄNNE

1. ALLE 40 VUOTTA
2. 41- 60 VUOTTA
3. 61- 80 VUOTTA
4. YLI 81 VUOTTA

##### 4. OLETTEKO ITSE SAIRASTUNUT SYDÄNSAIRAUTEEN?

1. KYLLÄ
2. EN

##### 5. JOS ITSE ETTE OLE SAIRASTUNUT SYDÄNSAIRAUTEEN, NIIN MISSÄ ROOLISSA OLETTE SYDÄNYHDISTYKSEN JÄSEN?

1. SAIRASTUNEEN PUOLISO
2. MUU OMAINEN
3. YSTÄVÄ
4. MUU, MIKÄ? \_\_\_\_\_

VAIKKA ITSE ETTE OLISIKAAN SAIRASTUNUT SYDÄNSAIRAUTEEN, NIIN TOIVOMME ETTÄ VASTAISITTE KYSELYYN NIILTÄ OSIN KUN KATSOTTE MAINITSEMASSANNE ROOLISSA VOIVANNE KERTOJA KYSYTYISTÄ ASIOISTA.

## B) SYDÄNSAIRAUS JA SEN HOITOA KOSKEVAT KYSYMYKSET

OHJAUKSELLA TARKOITAMME KAIKKEA SAAMAANNE NEUVONTAA KOSKIEN RUOKAVALIOTA JA ELÄMÄNTAPOJA, LIIKUNTAA, ERILAISIA TOIMENPITEITÄ, LÄÄKITYSTÄ SEKÄ ARJESTA SELVIYTYMISTÄ.

### 6. KUINKA KAUAN ON KULUNUT SAIRASTUMISESTANNE?

1. ALLE 1 VUOTTA
2. 1- 5 VUOTTA
3. YLI 5 VUOTTA

### 7. ONKO SAIRASTAMANNE SYDÄNSAIRAUS

1. SEPELVALTIMOTAUTI
2. SYDÄMEN RYTMIHÄIRIÖT
3. SYDÄNINFARKTI
4. SYDÄMEN VAJAATOIMINTA
5. LÄPPÄVIKA
6. KARDIOMYOPATIA
7. SYNNYNNÄINEN SYDÄNVIKA
8. JOKIN MUU, MIKÄ? \_\_\_\_\_

ALLA OLEVISSA VÄITTÄMISSÄ TIEDUSTELLAAN MIELIPIDETTÄNNE HOIDON ERI VAIHEISIIN LIITTYVISTÄ ASIOISTA. YMPYRÖIKÄÄ OIKEA VAIHTOEHTO, NUMEROT TARKOITTAVAT SEURAAVIA VAIHTOEHTOJA:

0. EI KOKEMUSTA
1. EI LAINKAAN
2. JOKSEENKIN ERI MIELTÄ
3. LÄHES SAMAA MIELTÄ
4. TÄYSIN SAMAA MIELTÄ

### 8. ENSIMMÄISTEN SYDÄNOIREIDEN ILMAANNUTTUA, LÄÄKÄRI OTTI OIREENNE TODESTA

EI KOKEMUSTA	EI LAINKAAN	JOKSEENKIN	LÄHES	TÄYSIN
0	1	2	3	4

### 9. KUINKA TYYTYVÄINEN OLETTE SAMAANNE HOITON?



	EI KOKEMUSTA	EI LAINKAAN	JOKSEENKIN	LÄHES	TÄYSIN
AMBULANSSISSA:	0	1	2	3	4
ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA:	0	1	2	3	4
PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA:	0	1	2	3	4

#### 10. SAITTEKO MIELESTÄNNE TARPEEKSI OHJAUSTA SAIRASTUMISENNE JÄLKEEN?

EI LAINKAAN	JOKSEENKIN	LÄHES	TÄYSIN
1	2	3	4

#### 11. OLETTEKO MIELESTÄNNE SAANUT TIETOA SAIRASTAMASTANNE SYDÄNSAIRAUDESTA

SAIRAALASSA	EI LAINKAAN 1	JOKSEENKIN 2	LÄHES 3	TÄYSIN 4
TERVEYSKESKUKSESSA	EI LAINKAAN 1	JOKSEENKIN 2	LÄHES 3	TÄYSIN 4
YHDISTYKSELTÄ (SYDÄNYHDISTYS)	EI LAINKAAN 1	JOKSEENKIN 2	LÄHES 3	TÄYSIN 4
INTERNETISTÄ	EI LAINKAAN 1	JOKSEENKIN 2	LÄHES 3	TÄYSIN 4

MUUALTA, MISTÄ?

---

#### 12. OLETTEKO MIELESTÄNNE SAANUT TARPEEKSI OHJAUSTA SAIRASTAMASTANNE SYDÄNSAIRAUDESTA

SAIRAALASSA	EI LAINKAAN 1	JOKSEENKIN 2	LÄHES 3	TÄYSIN 4
TERVEYSKESKUKSESSA	EI LAINKAAN 1	JOKSEENKIN 2	LÄHES 3	TÄYSIN 4
YHDISTYKSELTÄ (SYDÄNYHDISTYS)	EI LAINKAAN 1	JOKSEENKIN 2	LÄHES 3	TÄYSIN 4
INTERNETISTÄ	EI LAINKAAN 1	JOKSEENKIN 2	LÄHES 3	TÄYSIN 4

MUUALTA, MISTÄ?

---

## 13. MISSÄ MUODOSSA OLETTE SAANEET OHJAUSTA?

1. SUULLINEN (LÄÄKÄRIN TAI HOITAJAN OHJAUS)
2. KIRJALLINEN
3. KESKUSTELURYHMÄ
4. MUU? \_\_\_\_\_

## 14. KENELTÄ OLETTE SAANEET OHJAUSTA?

1. LÄÄKÄRI
2. HOITAJA
3. SYDÄNHOITAJA
4. MUU? \_\_\_\_\_

## 15. MISSÄ VAIHEESSA SAIRASTUMISTANNE KOITTE OLEVANNE PARHAITEN VALMIS VASTAANOTTAMAAN OHJAUSTA?

1. HETI SAIRASTUTTUANNE
2. KUUKAUSI SAIRASTUMISENNE JÄLKEEN
3. VUOSI SAIRASTUMISEN JÄLKEEN
4. MUU \_\_\_\_\_

## 16. MINKÄLAINEN TIETO OLISI/ON AUTTANUT SELVIÄMÄÄN SAIRAUDEN KANSSA JA MISSÄ MUODOSSA OLISITTE HALUNNEET SAADA TIETOA?

---

---

---

## 17. MITÄ HYVÄÄ JA KIITTÄMISEN ARVOISTA OLETTE KOKENEET OHJAUksesta HOITONNE ERI VAIHEISSA?

---

---

---

## 18. MITÄ KRITISOITAVAA TAI HUONOA OLETTE KOKENEET OHJAUksesta HOITONNE ERI VAIHEISSA?

---

---

---

## 19. OLETTEKO HALUKAS OSALLISTUMAAN HENKILÖKOHTAISEEN HAASTATTELUUN?

1. KYLLÄ
2. EN

JOS VASTASITTE MYÖNTÄVÄSTI HALUKKUUTEENNE OSALLISTUA B-KOHDAN HAASTATTELUUN, OLKAA HYVÄ JA JÄTTÄKÄÄ YHTEYSTIETONNE, NIIN OTAMME TEIHIIN YHEYTTÄ

NIMI: \_\_\_\_\_

OSOITE: \_\_\_\_\_

PUHELINNUMERO: \_\_\_\_\_

HENKILÖKOHTAISET HAASTATTELUKSET TOTEUTETAAN KEVÄT/SYKSY 2010

## SANA ON VAPAA

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on the right side, suggesting it's resting on a surface.

## KIITOS VASTAUKSISTANNE!

Sairaanhoitajaopiskelijat:

Hanna Juutilainen

Jenni Kaukojärvi

Maiju Viheraari